



ATLAS

DER

KRANKHEITEN

DER

MUND- UND RACHENHÖHLE

VON

PROF. DR. J. MIKULICZ, UND DR. P. MICHELSON,
DIRECTOR DER KÖNIGL. CHIRURG. UNIVERSITÄTSKLINIK UND POLIKLINIK IN BRESLAU.
PRIVATDOCENTEN IN KÖNIGSBERG I. PR.

BERLIN 1892.
VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.
NW. UNTER DEN LINDEN 68.

Inhalt.

Tafel XVIII.

Fig. 1. Breite Condylome der Tonsillen.
Fig. 2. Tuberculöses (lupöses) Geschwür der rechten Tonsille.
Fig. 3. Tuberculose (lupöse Form) der rechten Tonsille, der Rachenschleimhaut und der Epiglottis.

Tafel XIX.

Fig. 1. Angina phlegmonosa (Periamygdalitis acuta).
Fig. 2. Angina phlegmonosa.
Fig. 3. Rachendiphtherie.
Fig. 4. Rachendiphtherie.

Tafel XX.

Fig. 1. Tuberculose der Rachengebilde.
Fig. 2. Tuberculose der Rachengebilde (lupöse Form).
Fig. 3. Tuberculose der Rachengebilde (lupöse Form).
Fig. 4. Narbenbildung nach vollendeter Heilung im Fall Fig. 2.

Tafel XXI.

Fig. 1. Spät-syphilitische Infiltration und Ulceration der Rachengebilde; perforirendes Geschwür der Uvula.
Fig. 2. Spät-syphilitische Infiltration und Ulceration der Rachengebilde (Spiegelbild).
Fig. 3. Sarkom der Tonsillargegend, ein Gumma vortäuschend.

Tafel XXII.

Fig. 1. Epithelialkrebs im Bereich des linken Arcus palato-glossus.
Fig. 2. Tuberculöses Geschwür der Tonsillargegend.

Tafel XXIII.

Fig. 1. Spätsyphilitisches Geschwür des Naso-Pharynx.
Fig. 2. Pharyngitis granulosa.
Fig. 3. Tuberculöser (lupöser) Ulcerationsprocess am Pharynx.
Fig. 4. Defect der Uvula, Narben der Gaumen- und Zungenschleimhaut neben florider Tuberculose (Lupus) der Zunge und des Kehlkopfes.

Tafel XXIV.

Fig. 1. Angiosarkom des Pharynx.
Fig. 2. Spindelzellensarkom des weichen Gaumens und Rachens, zahlreiche quergestreifte Muskelfasern enthaltend. (Myosarkoma striocellulare palati mollis et pharyngis).
Fig. 3. Rundzellensarkom des Pharynx.

Tafel XXV.

Fig. 1. Lepra der Rachengebilde (Frühform).
Fig. 2. Lepra der Rachengebilde (Spätform).

Tafel XXVI.

Fig. 1. Sklerom des Gaumens und Rachens (Rhinosklerom).
Fig. 2. Narbige Schrumpfung des weichen Gaumens und der Rachenschleimhaut infolge von Sklerom (Rhinosklerom).
Fig. 3. Lepra der Zunge (Spätform).

Tafel XXVII.

Fig. 1. Makroglossie, durch eine Lymphcyste (Lymphangioma cysticum) bedingt.
Fig. 2. Makroglossie mit Furchenbildnng.
Fig. 3. Hyperplasie der Zungentonsille (directer Berücksichtigung zugänglich).
Fig. 4. Papillom der Uvula.

Tafel XXVIII.

Fig. 1. Sublinguale Dermoidcyste.
Fig. 2. Ranula.
Fig. 3. Sublinguales, knotenförmiges Lymphangiom.

Tafel XXIX.

Fig. 1. Landkartenzunge (Lingua geographica, Annulus migrans).
Fig. 2. Breite Condylome der Zunge.
Fig. 3. Moeller'sche superficielle Glossitis.

Tafel XXX.

Fig. 1. Acute papulöse Glossitis.
Fig. 2. Chronische recidivirende Aphthen.
Fig. 3. Acute aphthöse Stomatitis.
Fig. 4. Soor der Mundhöhle.

Tafel XXXI.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Zunge mit pinselförmig gewucherten Papillae filiformes (im Anschluss an eine seit 20 Jahren bestehende Leukoplakie).
Fig. 2. Leukoplakie der Zunge (Psoriasis linguae).
Fig. 3. Leukoplakie der Zunge (Psoriasis linguae).

Tafel XXXII.

Fig. 1. Druckgeschwür der Zunge (Decubitalgeschwür).
Fig. 2. Circumscripte entzündliche Infiltration der Zunge (eine Geschwulst vortäuschend).
Fig. 3. Abscess am Zungenrücken.

Tafel XXXIII.

Fig. 1, 2, 3 und 4. Tuberculose der Zunge (Gutartige Form.) (Fig. 1 und 2 stellen das Anfangsstadium, Fig. 3 ein späteres Stadium nach 3 Jahren bei derselben Patientin dar; in Fig. 4 ist die Zunge in geheiltem Zustande nach weiteren 4 1/2 Monaten abgebildet).

Tafel XXIV.

Fig. 1. Miliartuberculose der Zunge.
Fig. 2. Serpiginöse Schleimhaut-Syphilid (sog. Lupus syphiliticus) der Mundrachenhöhle, besonders der Zunge (Glossite scléreuse [Fournier]).
Fig. 3. Tuberculose der Zunge.

Tafel XXXV.

Fig. 1. Schwarze Zunge.
Fig. 2. Gestieltes Sarkom des Zungenrückens.
Fig. 3. Lipom der Zunge.

Tafel XXXVI.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Zunge.
Fig. 2. Knotenförmiges Lymphangiom der Zunge.

Tafel XXXVII.

Fig. 1. Diffuses Lymphangiom der Zunge (Makroglossie) im Stande acuter (periodisch recidivirender) Glossitis.
Fig. 2. Warzenförmiges Lymphangiom der Zunge.
Fig. 3. Spindelzellensarkom der Zunge.

Tafel XXXVIII.

Fig. 1. Carcinom der Zunge.
Fig. 2. Carcinom des Bodens der Mundhöhle.

Tafel XXXIX.

Fig. 2. Tugerculöses Geschwür der Balgdrüsenregion der Zungenwurzel (Spiegelbild).
Fig. 2. Hyperplasie der Zungentonsille (Spiegelbild).
Fig. 3. Gutartige Pharynxmycose (Spiegelbild).

Tafel XL.

Fig. 1. Breite Condylome der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel und der Gaumentonsillen.
Fig. 2. Syphilitische Erosionen der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel und der Schleimhaut der hinteren Kehlkopfwand.
Fig. 3. Syphilitisches (?) Geschwür der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel.

Tafel XLI.

Fig. 1. Linksseitiger Recessus am Rachendach und Septirung der linken Rossenmüller'schen Grube, beobachtet bei einer an Retronasal-Katarrh leidenden Person.
Fig. 2. Retronasal-Katarrh mit vorwiegender Betheiligung eines median mündenden Recessus am Rachendach (der „Bursa pharyngea"), (Tornwaldt'sche Krankheit).
Fig. 3. Retronasal-Katarrh mit vorwiegender Betheiligung des Recessus am Rachendach.

Tafel XLII.

Fig. 1. Chronische atrophirende Rhino-Pharyngitis (genuine Ozaena). Pharyngoskopisches Spiegelbild.
Fig. 2. Chronischer Retronasal-Katarrh (Pharyngitis superior); am Rachendach eine „austerschalenartige" Borke. Pharyngoskopisches Spiegelbild.
Fig. 2. Chronischer Retronasal-Katarrh. Schleimhaut durch zahlreiche kleine Recessus siebartig gelocht. Borkenbildung am Rachendach. Pharyngoskopisches Spiegelbild.

Tafel XLIII.

Fig. 1. Adenoide Vegetationen des Nasen-Bachenraums (Hypertrophie der Pharynx-Tonsille) mit Hyperplasie der Bedeckungen der Nasenmuscheln.
Fig. 2. Adenoide Vegetation des Nasen-Rachenraums.
Fig. 3. Weiches Fibrom des Nasen-Rachenraums.
Fig. 4. Fibromsarkom des Nasen-Rachenraums (Basis-Fibrom).

Tafel XLIV.

Fig. 1. Stomatitis mercurialis (Stomakace mercurialis).

Fig. 2. Bednar'sche Plaques (Bednar'sche Aphthen, Gaumen-Aphthen) bei einem neugeborenen Kinde.

Fig. 3. Gonorrhoische Erkrankung der Mundschleimhaut eines neugeborenen Kindes (Stomatitis gonorrhoica).

Fig. 4. Hämorrhagische Erkrankung der Mundschleimhaut (Stomatitis haemorrhagica) bei Morbus maculosus Werlhoffii.

Tafel XXIII.

Fig. 1. Spätsyphilitisches (gummöses, tertiär-syphilitisches) Geschwür des Naso-Pharynx.

F. R., 26 J. alt, Schuhmacher aus Königsberg.

Herbst 1888 ein erbsengrosses Geschwür an der Haut des Penis. Keine ärztliche Behandlung. Ueber etwaige, der Ulceration gefolgte Allgemein-Erscheinungen nichts zu eruiren. Seit Mai 1889 „Schnupfen". In den letzten Wochen erfolglose Behandlung mit Einpinselungen des Nasen-Innern durch einen zu Rath gezogenen Arzt.

22. XI. 1889: Kräftig gebauter, aber blass aussehender Mann. Subjective Klagen: Halsschmerzen, Schlingbeschwerden, Nasenverstopfung, Verschlucken und Hineingelangen von Speisetheilen in die Nase bei Nahrungsaufnahme. Sprache gaumig-nasal. Im vordersten medianen Theile des weichen Gaumens eine etwa 6 mm lange, durchschnittlich 2 mm breite sich dorsalwärts etwas verschmälernde längs-ovale Perforation mit scharfen, ulcerirten Rändern. Die Mucosa veli zeigt eine intensive sammetartige Röthung, von der nur die seitlichen Partien freigeblieben sind. Nach der Peripherie hin blasst diese Röthe etwas ab; in der hintern Zone derselben fällt ein Netz von erweiterten Gefässen auf. Aus der Perforations-Stelle sieht man bei rückwärtsgeneigtem Kopf zuweilen zähes purulentes Secret ausfliessen und dann an deren hinterer Umgebung haften bleiben. Auch die übrigen Rachengebilde, ganz besonders die Uvula entzündlich geschwollen und verfärbt. (Vgl. Tafel XV, Fig. 4) Rhinoskopisch: Bedeckungen der unteren Muscheln stark infiltrirt, verwehren den Einblick in die hinteren Theile der Nasenhöhle. Pharyngvskopische Untersuchung wegen zu grosser Reflexreizbarkeit auch nach Cocain-Einpinselung unausführbar. Beim Vorziehen und Anheben des Velum mit dem Voltolini'schen Gaumenhaken kommt an der hinteren Wand des Naso-Pharynx eine tiefe, rundliche, fast 2 cm im grössten Durchmesser haltende Ulceration zu Gesicht. Die den Grund derselben anfüllenden Granulationen sind grösstentheils mit grünlich-gelbem Secret bedeckt, Ränder des Geschwüres erhaben, unregelmässig gewulstet. (s. Fig. 1 dieser Tafel) Am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Tafel XXIII.

Behandlung: Energische, bis Mitte März 1890 fortgesetzte antisyphilitische Kur, bestehend in c. 55 Inunctionen von 3—4 gr. Unguent. Hydrargyr. ciner. und innerlichem Gebrauch von c. 100 gr Jodkalium. Oertlich: Jodoform-Insufflation, später einige Male Aetzen der Ränder der Durchbruchsstelle am Gaumen mit Arg. nitric.

Erfolg der Behandlung: Beseitigung sämmtlicher Krankheitserscheinungen. An der Stelle der früheren Gaumen-Perforation eine stark nadelkopfgrose, etwas trichterförmig vertiefte Narbe. Die seitens des Geschwürs der hintern Schlundkopfwand hinterlassene Narbe glatt und flach.

Fig. 2. Pharyngitis granulosa.

M. R., 15 J. alt, Gutsverwalterssohn aus Ostpreussen.

1883 Diphtheritis, 1885 Masern. In den letzten Jahren öfters Hals-Entzündungen, die mit Schlingbeschwerden und Heiserkeit einherzugehen pflegten. Auch in der Zwischenzeit sei die Stimme öfters „belegt“ gewesen. Ausserdem wird über Nasenverstopfung geklagt.

Objectiv am 5. X. 89: Kräftig gebauter, sonst gesunder junger Mann: An der pars oralis pharyngis, u. zw. sowol an den hinteren, als an den seitlichen, hinter den Gaumenbogen gelegenen Partien sowie an der Uebergangsstelle zwischen pars oralis und nasalis röthliche Erhabenheiten, die den blasseren, nur da und dort von erweiterten Blutgefässen durchzogenen Untergrund um etwa $1\frac{1}{2}$—$2\frac{1}{2}$ mm überragen. Dieselben haben zum Theil die Form von isolirten oder perlenschnurartig aneinandergereihten, ihrer Grösse nach dem Umfang eines Nadelkopf's bis Hanfkorn's entsprechenden Kugelsegmenten; zum Theil bilden sie unregelmässigere hügelige Prominenzen. Consistenz, wie durch Sondenbetastung festgestellt werden kann, durchweg elastisch — weich, Berührung nicht empfindlicher, als die der umgebenden Schleimhaut. Rhinoskopisch: Das cavernöse Gewebe des Integumentes der unteren Muscheln (meist alternirend bald der einen, bald der anderen concha inferior) stark geschwollen; collabirt auf Cocain-Einspinselung. Pharyngoskopisch: Am Rachendach ein, den oberen Theil des Choanenbildes verdeckendes Polster adenoiden Gewebes. Glosso-Laryngoskopisch: Nichts bemerkenswerthes.

Behandlung: Galvanocaustische Zerstörung der intumescirten Pharynx-Follikel.

Beseitigung der hypertrophischen Retronasal-Tonsille mit dem Gottstein'schen Messer.

Erfolg der Behandlung: Verschwinden der Beschwerden.

Fig. 3. Tuberculöser (lupöser) Ulcerationsprocess am Pharynx.[1])

F. B. 14 J. alt, Fleischerssohn aus Königsberg.

Die Mutter des Pat. starb im Alter von 29 J. an „Schwindsucht“; der Vater giebt an, stets gesund, in specie niemals syphilitisch inficirt gewesen zu sein; auch zwei im Alter von 16, resp. 12 Jahren stehende Geschwister des Kranken sollen gesund sein. Dieser selbst litt im 2. Lebensjahre an „Knochenfrass“ des linken Schienbein's; als er etwa 3 Jahre alt war, wurde ihm eine haselnussgrosse Geschwulst aus dem rechten obern Augenlid entfernt, wiederholt machte er Augenentzündungen durch. Seit 2—3 Wochen wird über mässige Schmerzen beim Schlingen geklagt.

---

[1]) Vergl. hierzu auch Tafel XVIII, Fig. 3.

Tafel XXIII.

1. III. 1890: Blass aussehender, körperlich nicht seinem Alter entsprechend entwickelter, aber geistig reger Knabe. Dem Margo supraorbitalis dexter etwa parallel läuft eine 2 cm lange lineare, wenig vertiefte Narbe. Alte, unregelmässig gestaltete, hinter dem Niveau der umgebenden Haut etwas zurückbleibende Narben finden sich auch über dem medialen Condylus des linken Oberschenkels, sowie über dem obern Theil des medialen Randes der linken Tibia. Eine veränderte Beschaffenheit des von ihnen gedeckten Knochens nicht nachweisbar. An der übrigen Haut nichts Abnormes. — Mundschleimhaut grösstentheils blass; nur die Gegend der Gaumenbogen und die mediale Partie der rechtsseitigen Interarcual-Schleimhaut zeigt mässige Röthung. Die freien Ränder der beiderseitigen Gaumenbogen einigermassen verdickt und unregelmässig ausgeschweift, uvula stark verkürzt. Die gesammte Oberfläche der rechten Tonsille ist ulcerirt, mit blassröthlichen grobkörnigen Granulationen bedeckt. Der Schleimhautüberzug der in mässigem Grade vergrösserten linken Gaumenmandel ist scheinbar unverändert; nach Abduction ihres vorderen Randes mit einer entsprechend gebogenen Sonde aber wird im Binnenraum auch dieser Tonsille eine, den Bereich des daselbst vorhandenen Recessus und dessen nähere Umgebung occupirende Ulceration wahrnehmbar. An der Pars oralis pharyngis rechterseits eine eiterbedeckte am Rande stark granulirende Geschwürsfläche von etwa 1 cm. Länge, 4—5 mm Breite. Am medianen Theil der Schleimhaut des Mund-Pharynx mehrere discrete nadelspitz- bis nadelkopfgrosse flache blassgelbe Knötchen. Nach Abziehen des Velum mit dem Gaumenhaken sowie durch pharyngoscopische Untersuchung überzeugt man sich, dass der Geschwürsprocess sich auf die hintere Wand des Nasen-Rachenraums in recht weitem Umfange fortsetzt. Durch tiefes Hinunterdrücken der Zunge mit Finger oder Spatel ist der obere Theil des Kehldeckels zu Gesicht zu bringen und lässt sich an dem die Grenze zwischen dem oberen und rechtslateralen Rande bildenden Winkel ein wie ausgenagt aussehender schmaler ulceröser Defect erkennen. (Vgl. Tafel XVIII, Fig. 3). Mittelst der laryngoskopischen Untersuchung wird eruirt, dass die geschwürigen Veränderungen der rechtsseitigen Rachengebilde nach abwärts auf den Arcus glosso-epiglottic. d. und den Kehlkopfeingang übergreifen. Partielle Zerstörung ist ebenso wie an der Epiglottis auch am lgt. ary-epiglottic. d. eingetreten. R. Taschenband von fungösen Granulationen bedeckt; ein etwa hanfkorngrosses Häufchen von solchen prominirt aus dem vordersten Theil der linken Morgagni'schen Tasche. Stimme z. Z. nicht heiser, soll nur zeitweise etwas belegt sein. Submental-, Submaxillar- und Cervical-Drüsen in mässigem Grade geschwollen, von elastisch-weicher Consistenz. An der Cornea des rechten Auges frische Phlyctaenen und einige punktförmige graue Flecke. Lichtscheu und Thränenträufeln. Lungen nicht nachweislich erkrankt, überhaupt am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Behandlung: Syr. Ferr. jodat., Syr. Sacch. ana 40.0 3mal täglich 1 Theelöffel, Touchiren der erkrankten Schleimhaut-Partien mit 50pct. acid. lact., roborirende Diät. Nach Verbrauch von 2 Flaschen obiger Arznei, wird Kreosot verordnet.

1. VI. 1890. Pat. hat 3 kgr an Gewicht zugenommen. Schwellung der Halslymphdrüsen geringer als früher, doch sind einige haselnussgrosse mässig indurirte Drüsen noch deutlich nachweisbar. Die älteren Ulcerationen der Tonsillar-Schleimhaut und Pars oralis pharyngis grösstentheils geheilt; die linke Tonsille umfangreicher als früher, an ihrer Kuppe ein erbsengrosses flaches Geschwür. Am medianen oberen Theil der Pars oralis pharyngis ein sich auf den Naso-Pharynx direct fortsetzendes und hier ein ca. zweimarkstück grosses Terrain occupirendes, mit gelbem Secret bedecktes, von einem etwas erhabenem Rande umgebenes Geschwür. Der im Mund-Pharynx sichtbare, annähernd einem Kreissegment entsprechende Theil derselben misst ca. 1 cm im grössten Durchmesser; sein Rand bildet einen nach unten convexen Bogen; aus dem Geschwürsgrunde prominiren einige Granulationen. In der Circumferenz des Geschwürs keine entzündliche Röthung oder

Schwellung (Vgl. Tafel XXIII, Fig. 3.) Laryngoskopisch: Am r. lgt. ary-epiglottic. und am r. Taschenbande flache narbige Defecte; sonst nichts Auffälliges mehr. Behandlung: Oertlich: Einpinselung der ulcerirten Stellen mit Menthol 15.0, Ol. Olivar. 100.0, Jodoform pulverat. 4.0; innerlich weiterer Gebrauch der Creosot-Pillen. Vom September an wieder lokale Application von 50procentiger Milchsäure.

Im Laufe der nächsten Monate dehnt sich das Pharynx-Geschwür nach rechts hin auf die seitliche Rachenwand aus und geht von hier auf das Gaumensegel und die rechtsseitigen Gaumenbogen über, den Arcus palato-pharyngeus vollständig, den Arcus palato-glossus grösstentheils zerstörend. Im Geschwürs-Secret werden vereinzelte Tuberkelbacillen nachgewiesen. October 1890 sieht man den Process sich auf die rechte Seite der Zungenwurzelgegend sowie der oralen Kehldeckelfläche fortsetzen und auch an den das Vestibulum larygis begrenzenden Schleimhautpartien ein Recidiv entstehen. Mässige Schlingbeschwerden. Anämisches Aussehen. Abmagerung. In diesem Zustand wird Pat. am 27. XI. 1890 in die medicinische Klinik zu Königsberg (Prof. Lichtheim) behufs Behandlung mit Robert Koch's Tuberkulin aufgenommen (Näheres über den Verlauf dieser Kur ist im Text zu Tafel XVIII, Fig. 3 angegeben.)

4. IV. 1891. An der Stelle des früher vorhandenen Geschwüres der Rachengebilde seit Anfang April solide, weisse, sehnig aussehende Narben; am r. Rande des Kehldeckels ein kleiner dreieckiger, narbiger Defect; die vordem veränderten Theile der Schleimhaut der Zungenwurzel, des r. Taschenbandes und des r. lgt. ary-epiglotticum blass, narbig-atrophisch. Pat. sieht blühend aus; das Körpergewicht ist seit dem 17. XI. 90 von 31,9 kgr auf 40 kgr, also um etwas über 8 kgr gestiegen. Er wird in der Sitzung des Vereines f. wissensch. Heilk. zu Königsberg am 20. IV. 91 vorgestellt*)

30. VI. 1891. Fortdauerndes Wohlbefinden.

20. IX. 1891. Pat., der sich in den Zwischenzeit der Beobachtung entzogen hatte, präsentirt sich heute in der Poliklinik eines der Herausgeber d. Atlas mit einer Pfennigstückgrossen flachen Ulceration an der r. Seite der Pars nasalis pharyngis. Gesichtsfarbe blass. Körpergewicht 36 kgr. Kein Fieber.

4. X. 1891. Das Geschwür hat an Umfang zugenommen. Beginn einer neuen Tuberkulin-Kur.

20. X. 1891. Während Pat. auf die ersten beiden Injectionen (von 0,001 und 0,0015 Tuberkulin) nicht mit febriler Erhöhung der Körpertemperatur reagirt hat, stellt sich nach der am 13. X. applicirten Injection (von 0,002 Tuberkulin) remittirendes Fieber mit normaler Morgen-Temperatur und abendlichem Ansteigen der Körper-Temperatur auf 38—38,5° ein. Pat. wird wiederum in die medicinische Klinik aufgenommen.

27. XI. 1891. Trotz Aussetzens der Tuberkulin-Kur persistirt das Fieber. Pat. kommt während dieser Zeit noch mehr herunter. Der Geschwürsprocess im Pharynx breitet sich weiter aus. Anderweitige Krankheitserscheinungen, insbesondere Symptome von Lungenaffection nicht nachzuweisen.

Fig. 4. Defect der Uvula, Narben der Gaumen- und Zungenschleimhaut neben florider Tuberkulose (Lupus) der Zunge und des Kehlkopfes.

F. U. 39 J. alt, Kutscher aus Königsberg.

Der Vater des Pat. starb, 65 J. alt, an einer Lungenkrankheit, ebenso eine 7 Monate alte Schwester. Die Mutter des Pat. und drei Geschwister leben und sind gesund, desgleichen

*) Vgl. den von P. Michelson in dieser Sitzung gehaltenen Vortrag. Deutsche medic. Wochenschr. 1891, No. 21.

Tafel XXIII.

seine Ehefrau und 4 Kinder, von denen das älteste 8 Jahre, das jüngste wenige Wochen alt ist. Die Frau hat nie abortirt; Pat. selbst will bis vor zwei Jahren vollständig gesund, in specie niemals syphilitisch inficirt gewesen, sein. Ueber die Entstehung der an der Gesichtshaut vorhandenen Narben weiss er nichts anzugeben. Seit zwei Jahren hatte Pat. über mässige Schmerzen beim Essen, besonders beim Geniessen heisser Speisen und über ein Gefühl von Spannung in der Tiefe des Halses zu klagen. Bald darauf soll sich auch eine Anschwellung der Drüsen am Kinn und unterhalb der Kieferwinkel bemerkbar gemacht haben. Zu gleicher Zeit begann er abzumagern; es stellte sich Husten mit ziemlich reichlichem Auswurf und Stichen zwischen den Schultern, seit Weihnachten 1889 auch Heiserkeit und Luftmangel bei anstrengender Arbeit ein. Auf ärztlichen Rath war lange Zeit hindurch Sol. kal. chloric. als Mundwasser angewandt; sonst hatte keinerlei Behandlung stattgefunden.

Am 14. IV. 1890. Grosser, starkknochiger Mann, Muskulatur etwas schlaff. Panniculus adiposus schlecht entwickelt, Gesichtsfarbe gesund, die Lippen leicht cyanotisch. An der Haut der rechten Gesichtshälfte, besonders vor dem Ohre und über dem Unterkiefer eine Anzahl leicht vertiefter blasser grösstentheils stecknadelkopf- bis linsengrosser Narben. Einzelne derselben in der Praeauricular-Gegend sind von etwas grösserem Umfange und unregelmässiger Form. Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle (s. d. aus mehreren, bei verschiedener Kopfhaltung gewonnenen Ansichten combinirte Fig. 4) fällt das Fehlen der Uvula auf. An der Schleimhaut des harten, wie des weichen Gaumens eine Anzahl scharf begrenzter, $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ mm tiefer, theils weisslich, theils mehr livide gefärbter Narben. Dieselben verlaufen theils in sagittaler, theils in mehr transversaler Richtung und sind von ganz verschiedener Grösse und Form; die umfangreichsten halten über 2—$2\frac{1}{2}$ cm an Länge und 3—4 mm im grössten Breitendurchmesser. In den nicht von Narben occupirten Partien der Schleimhaut des weichen Gaumens sieht man Netze von injicirten Gefässen. Auch die Oberfläche der linken Zungenhälfte lässt umfangreiche aber flachere und glattere narbige Veränderungen erkennen. Innerhalb dieses letzteren Narbenbezirks ist eine 2—3 mm breite Zone vorhanden, welche die papilläre Structur der unveränderten Zungenoberfläche, aber eine deutliche Vergrösserung und Röthung der einzelnen Papillen zeigt. Etwas vor den Papillae circumvallatae erheben sich in der medianen Zungenfurche circa 2 mm hohe, 1 mm breite 3—4 mm lange, dorsalwärts bis in die Balgdrüsengegend sich erstreckende zackige, hahnenkammähnliche Wülste. An den seitlichen Rändern der Zunge und der Unterfläche der Zungenspitze flache Narben. Frenulum linguae etwas verkürzt, verdickt und sehnenartig verfärbt. Links von demselben ist an einem, etwa 12 mm im grössten Durchmesser haltenden, unregelmässig begrenzten Bezirk, der dem Mundboden benachbarte Theil der Unterfläche der Zungenspitze ulcerirt, mit gelblichem Secret bedeckt. Der Rand dieses Geschwürs ist im Allgemeinen flach und unregelmässig ausgenagt, an einzelnen Stellen aber leicht verdickt. Bei der (durch Herrn Dr. M. Askanazy im patholog. Institute der Universität Königsberg ausgeführten) histologischen Untersuchung eines Stückes dieses verdickten Randes werden Conglomerate von epitheloiden und lymphatischen Zellen und Schüppel-Langhans'sche Riesenzellen gefunden. Tuberkelbacillen waren in den daraufhin untersuchten Schnitten nicht zu ermitteln. Zahnfleischpyramiden zum grösseren Theile etwas geröthet und geschwollen; den Kronen der meisten Zähne haftet Zahnstein an. Pharynxschleimhaut blass, narbig-atrophisch.

Glossolaryngoskopischer Befund. Balgdrüsen der Zungenwurzel rechterseits stark entwickelt; an der linken Seite der Balgdrüsenregion stellenweise narbige Vertiefungen. Epiglottis verdickt, ihre Seitenränder nach Innen eingerollt, an der oralen Fläche des diffus gerötheten Schleimhautüberzuges derselben unregemässige, durch ihr blasseres Kolorit und ihr im Vergleich zur Umgebung etwas vertieftes Niveau kenntliche Narben. Der Kehldeckel überlagert vollkommen den Kehlkopfeingang.

Tafel XXIII.

Der Besichtigung zugängig sind nur die infiltrirten und an ihrer Kuppe ulcerirten Bedeckungen der Stellknorpel.

Sprache heiser. In der rechten Unterkinngegend eine knapp mandelgrosse Lymphdrüse. Schwellung der übrigen Drüsen nicht nachweisbar. Die Untersuchung der Lungen ergiebt den Befund des Emphysems. Auscultatorisch: In den oberen Partien stellenweise verschärftes Exspirium, hinten unten abgeschwächtes unbestimmtes Athmungsgeräusch. Trockene Rhonchi. Sputum vorwiegend schleimig: enthält keine Tuberkelbacillen. Am übrigen Körper nichts Bemerkswerthes.

26. II. 1890. Unter innerlicher Behandlung mit Kreosot (3—6 Pillen à 0.05 pr. pil.) und örtlicher Application von 33—50procentiger Milchsäure, später (seit Anfang Juni) von 15 pCt. Mentholoel mit Zusatz von 4 pCt. Jodoform pulv. ist die Infiltration der Schleimhaut der Arytaenoidknorpel geringer geworden und sind die Ulcerationen an der Kuppe derselben geheilt; auch das Geschwür an der Unterfläche der Zunge ist bereits grösstentheils überhäutet. Pat. giebt an, sich kräftiger zu fühlen als früher.

22. VII. 1890. Ulcerationen an der Zungenspitze sind geheilt. Infiltration der Aryknorpel hat noch erheblich abgenommen. Sprache nicht mehr so heiser wie früher. Die Oberfläche der fungösen Massen am hinteren Theil der Zungenwurzel beginnt geschwürig zu zerfallen; diese Wucherung wird mit der Schlinge abgetragen.

2. IX. 1890. Die frische Narbe an der Unterfläche der Zungenspitze hat sich wieder in eine Geschwürsfläche umgewandelt. Etwas weiter vorwärts ist ein etwa erbsengrosses flaches, von feingezackten Rändern eingerahmtes neues Geschwür entstanden.

12. X. 1890. Patient klagt über Schlingbeschwerden, als deren Ursache ein flaches, am untersten Theil der rechten seitlichen Pharynxwand befindliches grösseres, auf den Arcus pharyngo-epiglotticus übergreifendes Geschwür durch die Spiegeluntersuchung ermittelt wird; auch die Heiserkeit hat neuerdings wieder zugenommen.

20. IV. 1891. Seit Mitte Oktober verschlimmern sich die Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfs wesentlich: Neben hochgradiger Heiserkeit Klage über Luftmangel, cyanotisches Aussehen. Das in der ersten Hälfte des Monats constatirte Geschwür am untersten Theil der rechten seitlichen Pharynxwand nahm an Umfang zu und verursachte stärkere Schlingbeschwerden. Ueber die Beschaffenheit des Kehlkopfinnern war durch die laryngoskopische Untersuchung fortdauernd nur eine ungenügende Auskunft zu erlangen, denn die enorm verdickte und deformirte, an ihrer rechten Seite einen ziemlich tiefen, hanfkorngrossen Defect zeigende Epiglottis überlagerte dachförmig den Kehlkopfeingang und war so stark infiltrirt, dass man sie auch nach vorgängiger Cocainisirung mit der Sonde nicht anzuheben vermochte. Ausserdem wurde die Untersuchung durch beständigen Hustenreiz, sowie durch grosse Massen zähen Schleims erschwert, die sich dauernd im unteren Theil der Mundrachenhöhle ansammelten. Es liess sich jedoch constatiren, dass die Arytänoidknorpel sehr erheblich verdickt, von unregelmässig höckrigem Aussehen waren.

25. XI. 1890. Als Pat. behufs Einleitung einer Tuberkulin-Kur zu Königsberg in die medicinische Klinik (Prof. Lichtheim) aufgenommen wurde, sah man ausserdem links vom Frenulum linguae ein auf die Schleimhaut des Mundbodens mit einem schmalen Saum sich fortsetzendes, etwa 1 cm langes, 1—1½ mm tiefes Ulcus. Der Grund dieses Geschwürs war glatt, von gelbröthlicher Färbung, an einzelnen Stellen mit gelbem Secret bedeckt, die Ränder flach, unregelmässig ausgebuchtet und am hintersten Theil der Ulceration unbedeutend geröthet. Die unterhalb dieses Geschwürs gelegene Partie des Mundbodens war im Vergleich zur rechten Seite etwas geschwollen, ihre Oberfläche zeigte vorne ein hirsekorngrosses Knötchen; an der linksseitigen hinteren Partie der Mundbodenschleimhaut, etwas unterhalb der Praemolares, sah man inmitten einer gerötheten und geschwollenen Fläche eine Anzahl zum Theil mit einander con-

fluirter punktförmiger gelber Flecke. An dem hinteren Theil der Zungenoberfläche Fungositäten. Mässiger Foetor ex ore. Fiebererscheinungen waren nicht vorhanden.

Auf die am 27. XI. 1890 gemachte erste Injection von 0,005 Tuberkulin folgte eine starke allgemeine und örtliche Reaction. Nach weiteren 3 Injectionen in bis auf 2 cg gesteigerter Dosis scheinen sich alle Krankheitserscheinungen zu bessern. Die Behandlung wird dann vom 2. bis 21. XII. ausgesetzt, von diesem Tage bis zum 15. I. 1891 7 weitere Injectionen unter Erhöhung der Dosis bis auf 0,06 g. Auf die 4 letzten Einspritzungen folgt keine Fieberreaction, während vorher Temperaturen bis über 40 vorkamen. Am 17. I. 1891 wird Pat. gebessert, aber keineswegs geheilt aus der Klinik entlassen und bis zum 15. III. 1891 ambulant mit 12 Einspritzungen weiterbehandelt. Allmälige Erhöhung der Einzelgabe bis auf 0,2 g. An dieser Dosis, auf welche Patient nur das erste mal mit leichtem Fieber reagirte, wird bei den weiteren 7 Injectionen festgehalten. Seit dem 15. III. 1891 entzog sich Patient der weiteren Behandlung.

Seit der Entlassung des Patienten aus der Klinik und in ganz besonders bemerkenswerther Weise seit den letzten 5 Wochen, in denen er keine Injectionen mehr erhielt, hat eine Rückbildung der bis dahin noch vorhandenen tuberculösen Veränderungen stattgefunden: Völlige Vernarbung des Zungengeschwürs, Involution der infiltrirten Partien der Kehlkopfschleimhaut. Man konnte, als Patient sich auf specielle Aufforderung am 19. IV. 1891 in der Poliklinik eines der Herausgeber des Atlas wieder einfand, bei der erheblichen Abschwellung des Kehldeckels wie der Aryknorpel, zum ersten male ein übersichtliches laryngoskopisches Bild erlangen. Die Stimmbänder zeigten sich. abgesehen von leichter Röthung, unverändert. Beide Taschenbänder, besonders das rechte, durch narbige Defecte und narbige Verziehung in ihrem Aussehen erheblich von der Norm abweichend, aber zur Zeit frei von Ulcerationen. Die Stellknorpel viel weniger umfangreich als früher, von unregelmässiger Form, ihre Bedeckungen gleichfalls frei von Geschwüren. Auch die Heiserkeit hat sich gebessert.

Patient arbeitet seit Ende Januar wieder in einem Kohlengeschäft, sein Allgemeinbefinden ist vortrefflich, sein Körpergewicht, das am Tage der Aufnahme in die Klinik 60½ kg betrug, also für einen so grossen, starkknochigen Mann niedrig genug war, sank nach der ersten Woche der Tuberkulinbehandlung auf 59 kg; am Tage der Entlassung aus der Klinik betrug es 64,3 kg, ist aber bis zum 19. April auf 70 kg gestiegen.

17. XII. 1891. Pat., dem in unregelmässigen, meist mehrwöchentlich Intervallen Tuberkulin-Injectionen (0,04—01 pr. Dos.) gemacht werden und der auf dieselben nicht mehr reagirt, befindet sich andauernd wohl. Sein Körpergewicht hat (trotz schwerer Arbeit) wiederum zugenommen und betrug am Tage der letzten Wägung (16. X. 1891) 75 kg.*).

---

*) Betreffs dieses Krankheitsfalles vgl. auch die Arbeiten von P. Michelson: 1) Ueber einige seltenere Zungenkrankheiten, Berlin. klin. Wochenschr. 1890, Nr. 46—48 2) Ueber drei nach Koch's Methode erfolgreich behandelte Fälle von Tuberkoluse der Schleimhaut der oberen Luftwege, Deutsche medicinische Wochenschrift 1891.

Tafel XXIII.

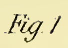
Fig. 1. Spätsyphilitisches (gummöses, tertiär-syphilitisches) Geschwür des Naso-Pharynx.

Fig. 2. Pharyngitis granulosa.

Fig. 3. Tuberculöser (lupöser) Ulcerationsprocess am Pharynx.

Fig. 4. Defect der Uvula, Narben der Gaumen- und Zungenschleimhaut neben florider Tuberculose (Lupus) der Zunge und des Kehlkopfes.

Tafel XVIII



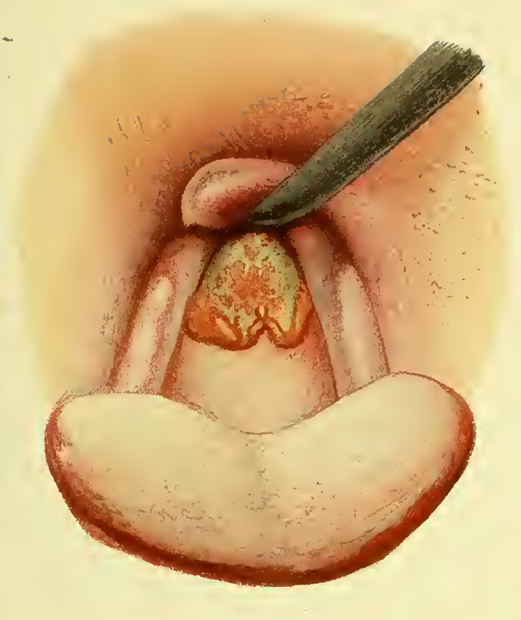


Fig. 2



Fig. 4

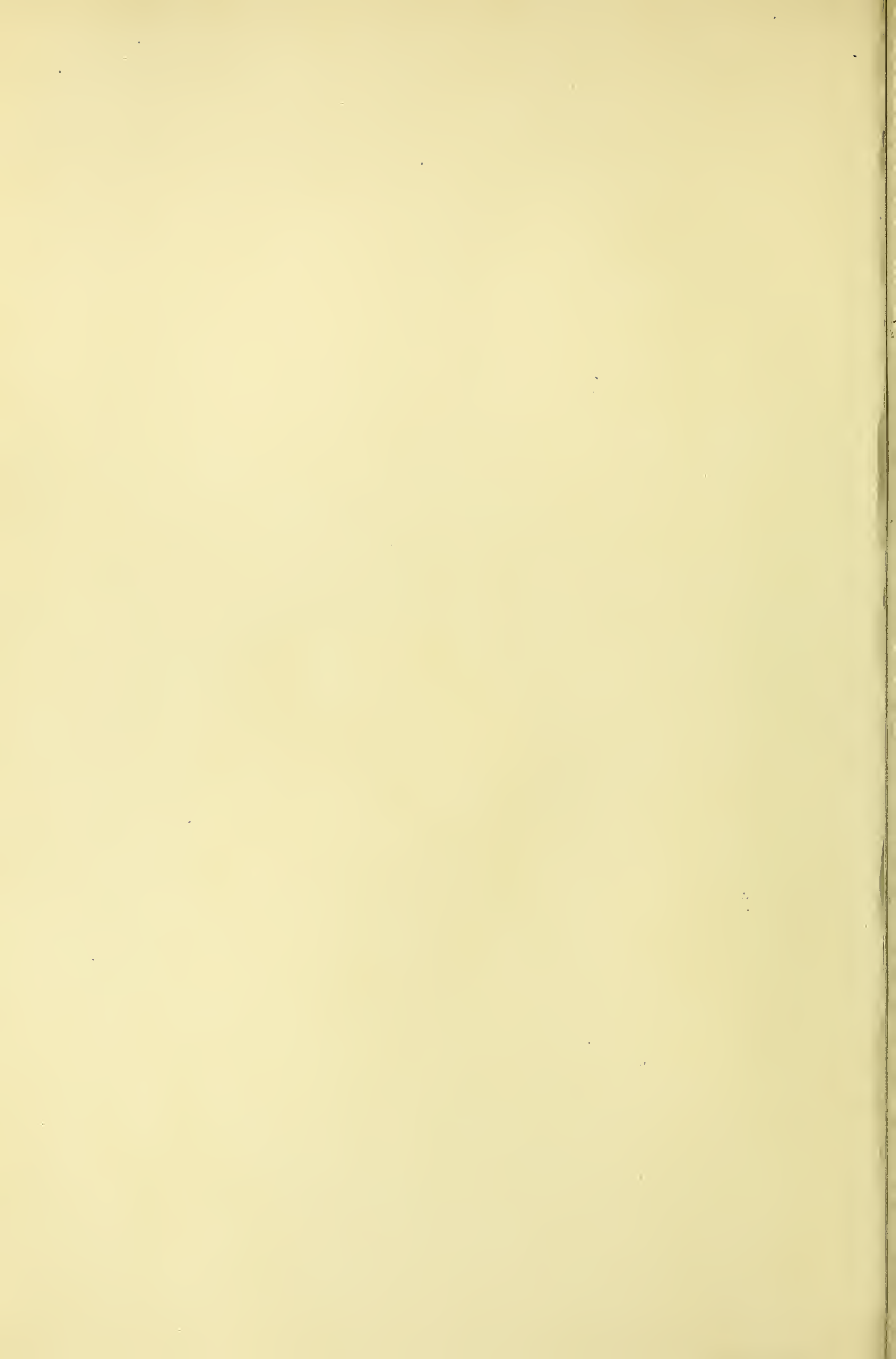
Fig. 3





H. C. Braune pinxit

W. A. Meyn Lith. Inst., Berlin



Tafel XXIV.

Fig. 1. Angiosarcom des Pharynx.

G. P., 65 J. Landmann aus Ostpreussen, bis Juli 1889 stets gesund. Zu dieser Zeit stellten sich besonders Nachts stechende Schmerzen in der rechten Seite des Schlundes ein. Erst im Spätherbst traten Schlingbeschwerden ein, welche sich allmälig soweit steigerten, dass Pat. nur mit grösster Mühe Flüssigkeiten und kleine Bissen hinabschlucken kann. In den letzten Monaten kam Pat. sichtlich von Kräften.

4. II. 1890. Aufnahme in die chiurgische Klinik. Schlechtgenährter, schwächlich gebauter Mann; Hautfarbe in's Gebliche spielend. Lungenemphysem mässigen Grades; Milzdämpfung etwas vergrössert. Die peripheren Arterien sind geschlängelt und fühlen sich hart an. In den übrigen Organen keine Abnormitäten nachzuweisen. Die Bewegungen in den Kiefergelenken gehen in normalen Grenzen vor sich. Die rechte Hälfte der Rachenhöhle ist von einer derben unbeweglich festsitzenden Geschwulst ausgefüllt, welche von der seitlichen und hinteren Rachenwand ausgeht, die Gaumenbogen, den Zungengrund und das Velum dieser Seite bis an die Uvula einnimmt, nach oben bis an den unteren Rand der Choane, nach unten bis nahe an den Kehldeckel reicht. Im Centrum ist die Geschwulst zerfallen und kehrt nach vorn gegen die Mundhöhle eine tiefe trichterförmige Oeffnung, welche von harten, exulcerirten z. Th. aufgeworfenen Rändern umgeben ist. Die mediale Seite der Geschwulst ist von intacter Schleimhaut überzogen. Zwischen Kieferrand und Zungenbein eine hasselnussgrosse und mehrere kleinere harte Lymphdrüsen. 11. II. Exstirpartion des Tumors durch Pharyngotomie mit Resection des Unterkieferastes, nach der Methode von Mikulicz. (Vorhergehende Tracheotomie) Entfernung der Lymphdrüsen, Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze. In den Oesophagus wird ein kleinfingerdickes Drainrohr eingeführt, durch welches Pat. während der nächsten Tage ernährt werden soll. Glatter Heilungsverlauf bis zum 21. II., an welchem Tage die Tampons ganz entfernt werden. Die ganze Mundhöhle granulirt rein; Pat. fängt an selbst Nahrung zu nehmen.

Tafel XXIV.

28. II. Arterielle Blutung an einer Stelle, von welcher ein noch locker haftendes nekrotisches Gewebestückchen entfernt wurde. Stillung der Blutung durch mehrfache Umstechung. Im übrigen ungestörte Heilung.

3. III. wiederholt sich in der Nacht die arterielle Blutung in profuser Weise an derselben Stelle; trotz sofortiger Hilfe stirbt Pat. 1/2 Stunde später unter den Erscheinungen der Anämie. Die Obduction weist nur die Erscheinungen der Anämie nach. Als Quelle der Blutung wird eine Lücke in der Carotis externa constatirt, deren Wand an der betreffenden Stelle missfarbig und zerfallen ist, so dass das Lumen frei mit der sonst rein granulirenden Wunde communicirt. Die Geschwulst ist vollständig entfernt. Microskopische Untersuchung des Tumors: Angiosarcom.

Fig. 2. Spindelzellensarkom des weichen Gaumens und Rachens, zahlreiche quergestreifte Muskelfasern enthaltend. (Myosarcoma striocellulare palati mollis et pharyngis.

B. L. 7jähriges Arbeiterkind aus Ostpreussen. Eltern gesund. Das bis dahin gesunde Mädchen erkrankte vor 2 Monaten, indem sich Schling- und Athembeschwerden einstellten welch letztere sich des Nachts zu förmlichen Erstickungsanfällen steigerten. Sprache seit dieser Zeit gaumig-nasal.

6. XI. 1889. Bei dem mässig genährten, anämisch aussehenden Kinde ist in den inneren Organen keine Abnormität nachzuweisen. Pat. athmet augenscheinlich nur durch den Mund; bei dem Versuch, durch die Nase athmen, erweist sich die linke Nasenhöhle als ganz undurchgängig, durch die rechte wird mit Mühe etwas Luft exspirirt. Die Inspection der Mundrachenhöhle ergiebt einen fast hühnereigrossen Tumor, welcher, von blassröthlicher Schleimhaut überzogen, die linke Seite des weichen Gaumens und die seitliche Pharynxrand dieser Seite einnimmt; er ist z. Th. zwischen die auseinandergedrängten Blätter des weichen Gaumens gebettet, z. Th. liegt er unter der emporgedrängten Schleimhaut der Gaumenbögen und der seitlichen Rachenwand. Die Uvula ist durch den Tumor weit über die Mittellinie nach der anderen Seite gedrängt. Durch Palpation lässt sich feststellen, dass die Geschwulst nach unten bis in die Höhe des Zungengrundes reicht, nach oben zu fast den ganzen Retronasalraum ausfüllt und die linke Choane vollständig, die rechte zum grössten Theil verlegt. Der Tumor ist weich elastisch, wenig verschiebbar. Eine Probepunction ergiebt nur Blut. Keine nachweisbaren Lymphdrüsen.

12. XI. wird der Versuch gemacht, durch einen Längschnitt im Bereich des weichen Gaumens den Schleimhautüberzug des Tumors zu spalten und den letzteren stumpf auszuschälen. Dies gelingt insoweit, als die Hauptmasse des sehr weichen Tumors ohne übermässige Blutung entfernt werden kann; doch ist letzterer nicht abgekapselt.

Die mikroscopische Untersuchung ergiebt ein aus grossen zumeist sehr langgestreckten Spindelzellen bestehendes Sarkom. Einzelne derselben zeigen deutliche Querstreifung. Der functionelle Effect der Operation ist zunächst ein vollkommener; aber schon nach 2 Wochen zeigt sich in der granulirenden Wundhöhle neue Geschwulstmasse. 6. XII. Möglichst gründliche Exstirpation der Geschwulst mit Hilfe osteoplastischer (temporärer) Resection des ganzen linken Oberkiefers. Leider ist es unmöglich die Geschwulst nach oben zu mit der nöthigen Sicherheit im gesunden Gewebe zu umschneiden, da sie hier dicht der Schädelbasis anliegt. Heilung ohne erhebliche Störung. Ende Januar zeigen sich Recidivknoten an der seitlichen

Pharynxwand. Bald darauf schwellen die Drüsen am Kieferrande an. Anfang Mai ist abermals der ganze Retronasalraum von Geschwulstmassen ausgefüllt. Die letzteren durchwachsen den Oberkiefer und treten in der Wangengegend in Form einer diffusen Anschwellung zu Tage.

Fig. 3. Rundzellensarkom des Pharynx.

F. D. 63jähriger Ortsarmer aus Ostpreussen.

Vor 24 Jahren wurde dem Pat. wegen eines 3 Jahre bestehenden Knochenleidens (Caries des Kniegelenks) der linke Oberschenkel amputirt. Im Uebrigen will Pat. bis vor einem Jahre stets gesund gewesen sein. Zu dieser Zeit stellten sich Athem- und Schlingbeschwerden ein, die sich allmählich soweit steigerten, dass Pat. nur mit Mühe Flüssigkeiten zu sich nehmen konnte. In der letzten Zeit quält ihn unaufhörlich die Empfindung einer Geschwulst im Schlunde.

9. I. 1890. Kräftig gebauter, schlecht genährter Mann. Lungenemphysem mässigen Grades, Milzdämpfung vergrössert; sonst in inneren Organen nichts Abnormes nachzuweisen. Der linke Oberschenkel an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel abgesetzt; am Stumpfe nichts Bemerkenswerthes. Der grösste Theil des Velums, die Gaumenbögen und die seitliche Rachenwand sind von einer unregelmässig gestalteten, fast den ganzen Isthmus faucium und den dahinterliegenden Theil der Rachenhöhle ausfüllenden Geschwulst eingenommen. Der Tumor ist von derber Consistenz und in seiner Hauptmasse wenig verschiebbar. Ein den Gaumenbogen entsprechender, über wallnussgrosser Abschnitt desselben ist von normal gefärbter Schleimhaut überzogen; ebenso ein lappenartiger, von der Gegend der Uvula gegen die Mundhöhle vorspringender Fortsatz; dagegen ist die in der Tiefe des Rachens liegende Hauptmasse der Geschwulst zerfallen, von einer missfarbigen Geschwürsfläche bedeckt. Nach unten reicht die Geschwulst bis nahe an den Kehldeckel, nach oben bis etwa zur Mitte des Septum narium; Zungenwurzel frei. Zwischen linkem Unterkieferast und Kopfnicker ein wallnussgrosser, mässig beweglicher, mit der Haut nicht verwachsener Geschwulstknoten. Sonst keine Lymphdrüsen zu tasten.

16. I. und 29. I. in zwei Zeiten Exstirpation der Geschwulst sammt Drüse mittelst Resection des Unterkieferastes nach Mikulicz. In der ersten Sitzung wird die Tracheotomie, Entfernung der Drüse und Resection des Kieferastes vorgenommen. Da der Kranke recht collabirt ist, wird die Operation unterbrochen und die Wundhöhle mit Jodoformgaze tamponirt. Nachdem die Wunde rein granulirt, wird unter mässigem Blutverlust der erkrankte Theil der Pharynxwand am 29. I. resecirt. Es gelingt anscheinend die Geschwulst vollständig zu entfernen. Nachbehandlung und Verlauf wie in dem Tafel XXII, Fig. 1 dargestellten Falle.

10. II. Fängt Pat. an allein zu schlucken.

15. III. wird eine noch bestehende spaltförmige Communication der Haut mit der Rachenhöhle durch Secundärnaht geschlossen. Allgemeinbefinden in zunehmender Besserung; Nahrungsaufnahme geht ohne Schwierigkeiten von statten.

1. V. wird Pat. entlassen. Zwischen Epiglottis und Zungengrund ist ein kirschgrosser leicht blutender Tumor nachzuweisen. Die Untersuchung eines kleinen excidirten Stückchens ergiebt ein Recidiv.

Tafel XXIV.

Fig. 1. Angiosarkom des Pharynx.

Fig. 2. Spindelzellensarkom des weichen Gaumens und Rachens, zahlreiche quergestreifte Muskelfasern enthaltend. (Myosarkoma striocellulare palati mollis et pharyngis).

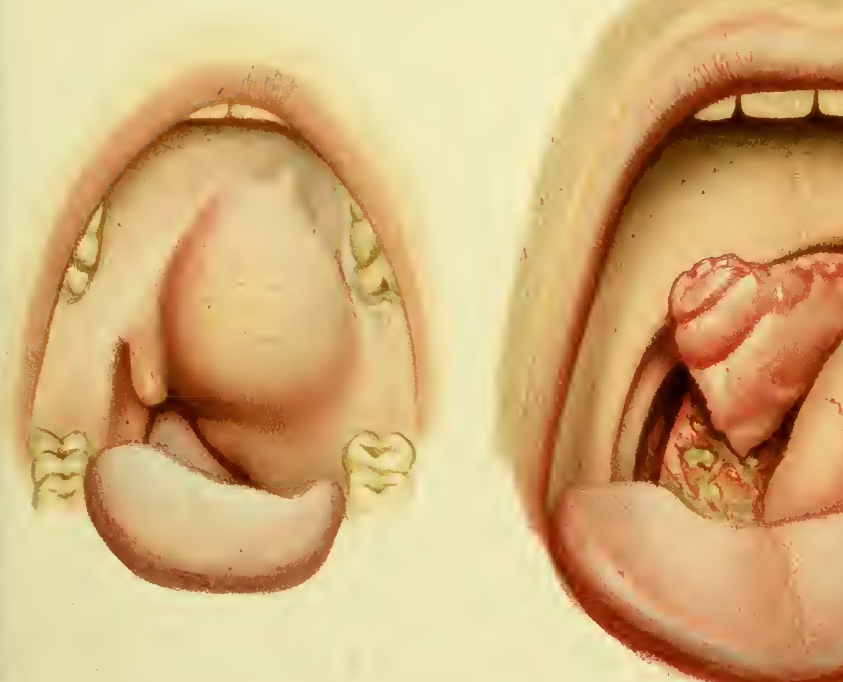
Fig. 3. Rundzellensarkom des Pharynx.

Tafel XXIV

Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3



K. Braune pinxit

W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin

Tafel XXV.

Fig. 1. Lepra der Rachengebilde (Frühform).

X., 27. J. alt, Kaufmann aus Hamburg.

Patient wurde 1863 in Deutschland geboren. Sein Vater ist ein Deutscher, lebt noch und ist gesund. Seine Mutter, vor 2 Jahren an perniciöser Anaemie gestorben, stammte aus Westindien, von europäischer Abkunft. 4 Geschwister des Pat. leben und sind gesund. Im ersten Lebensjahre kam Pat. nach Südamerika, blieb daselbst bis zum 9. Jahre, kehrt dann nach Deutschland zurück, um mit dem 15. Lebensjahre wieder nach Südamerika zurückzukehren. Damals war Pat. noch ganz gesund. Erst vom 18. Jahre an entwickelte sich die gegenwärtige Krankheit. Sie herrscht endemisch in dem vom Pat. bewohnten Theile Südamerikas. Im Sommer 1890 hatte der Kranke Hilfe im Krankenhaus zu Hamburg (Abtheilung des Oberarztes Herrn Dr. Engel-Reimers) gesucht und nahm Dr. E. Arning daselbst am 18. VII. 1890 folgenden Status praesens auf. Pat. stellt einen typischen Fall von Lepra tuberosa dar. Die Krankheit scheint vorläufig beschränkt auf die gesammte äussere Haut und auf die Schleimhaut der Nase und Rachenhöhle. Die grossen Nervenstämme sind noch auffallend intact, und in Folge dessen ist es auch noch nicht zu ausgebreiteten Anaesthesien der Haut und zu Dystrophieen der Muskeln und Knochen gekommen. Eine Untersuchung der inneren Organe ergiebt nirgends Anomalien; nur sind die Hoden schon seit Jahren von dem leprösen Process ergriffen und jetzt atrophisch.

Dem entsprechend findet sich der Geschlechtstrieb vollständig erloschen. Dagegen bestehen alle anderen reflectorischen- und Sinnesfunctionen vorläufig noch unverändert. Psyche intact.

Die Knotenbildungen sind wie gewöhnlich am stärksten an den Extremitäten und im Gesicht ausgesprochen. Dieses ist zu einer typischen Facies leonina entstellt. Keine Paresen der mimischen Gesichtsmuskeln. Augen ganz frei, bis auf eine leichte schmutzige Verfärbung der Sklera und eine mässige Injection der Conjunctiva.

Die Nase ist zusammengesunken, an den Flügeln stark knotig verdickt; die platt gedrückten Nasenlöcher sind an den Rändern ulcerirt, ebenso die unteren Theile der Nasenhöhle soweit man dieselben zu Gesicht bekommen kann. Das knorpelige Septum fehlt. — Der Geruchssinn ist erhalten. — Im Nasensecret massenhaft Leprabacillen.

Die Lippen sind stark gewulstet; die Infiltrationen hören an der Unterlippe mit der Schleimhautgrenze auf, an der Oberlippe greifen sie noch auf das sichtbare Lippenroth über. Zwischen den Wulstungen der Lippen finden sich Rhagaden mit blutig-eitrigem Belag. — Status der Mund- und Rachenhöhle. Zähne alle gut ausgebildet und vortrefflich er-

halten. Zahnfleisch leicht geschwollen, und wie die gesammte Schleimhaut der Mundhöhle anaemisch. — Die Zunge bietet bisher durchaus nichts Abnormes; es fehlen die tiefen Furchungen mit den dazwischenliegenden wulstförmigen Infiltrationen, welche die Lepra tuberosa so oft begleiten.

Auch die Schleimhaut des harten Gaumens, der Wangen, des Bodens der Mundhöhle, ebenso die Gaumenbögen und Tonsillen sind bis auf eine [dem kachektischen Allgemeinzustand entsprechende Blässe durchaus normal.

Die hintere Rachenwand zeigt eine feuchte, von ausgedehnten Gefässen durchzogene Schleimhaut von gelbrothem, blassem Colorit. An der linken Seite, durch den Zungenrücken zur grösseren Hälfte versteckt, findet sich ein gelblich-wachsartig-glänzender Lepraknoten von etwas höckriger Oberfläche. Am Ansatze der Uvula an das Gaumensegel und am oberen Theil der Uvula sieht man eine Gruppe von sieben halbkugeligen durch einen leicht entzündlichen Schleimhautsaum von einander getrennten Knötchen. Auch sie zeigen den charakteristischen geblichen Wachsglanz der Leprome. Der untere Theil der Uvula ist in toto infiltrirt und von gelblichem Farbenton; an der Hinterseite findet sich gleichfalls eine Gruppe von Lepraknötchen. Die Beweglichkeit des Gaumenbogens scheint durchaus nicht behindert, ebenso ist im Allgemeinen das Gefühl an diesen Theilen noch erhalten, nur auf den Knötchen selber werden Nadelstiche nicht schmerzhaft empfunden.

Epiglottis und Kehlkopf sind frei.

Fig. 2. Lepra der Rachengebilde (Spätform.)

M. P. 50 J. alt, Losmann aus Thalotten-Stans, Kreis Memel.

Die Eltern des Patienten sind früh verstorben. Seine Geschwister, seine Frau und Kinder dagegen sind sämmtlich am Leben und gesund. Vor 20 Jahren machte Patient die Pocken durch. Darauf wurde er Soldat und machte beide Kriege mit. Vor dem letzten lag er 7 Wochen an einer fieberhaften Krankheit, während welcher er stark phantasirte. Nach dem Kriege hat er eine Lungenentzündung überstanden. Seine jetzige Krankheit begann vor 2 Jahren mit Jucken auf der Stirn und Bildung von Knoten auf der Streckseite der Extremitäten und auf der Brust. Im Uebrigen klagte Patient nur über Kopfschmerzen. Da die Knotenbildung immer mehr zunahm, mehrere von denselben auch noch ulcerirten, suchte Patient auf Veranlassung von Herrn Dr. Pindikowski in Memel Hilfe in der chirurgischen Klinik zu Königsberg. Daselbst wurde am 17. IX. 1888, folgenden Status praesens aufgenommen.

Patient ist ein kräftig entwickelter, mässig genährter Mann. Das ganze Gesicht mit Ausnahme der regio parotidea und der Schläfen ist in äusserst auffälliger Weise verändert. Die Haut ist überall verdickt, die Oberfläche derselben zeigt eine Menge von Knoten, die stark nadelkopf- bis erbsengross sind. Ihre Farbe schwankt zwischen hellbraun und rothbraun; bis auf wenige sind sie nicht ulcerirt. Denselben Farbenton hat auch die umgebende Gesichtshaut. Das ganze Gesicht ist infolgedessen in seinen Conturen elephantiastisch vergrössert. Die beiden oberen Augenlider zeigen die gleichen Veränderungen, d. h. diffuse Verdickung mit Knötchenbildung; besonders stark ist die Veränderung über der Glabella, der Wurzel des Nasenrückens und an beiden Augenbrauen; sie sind verdickt, von zahlreichen kleinen Knoten durchsetzt. Auch in beiden Lippen befindet sich eine Anzahl Knötchen; hier und da ist die Schleimhaut erodirt. In der Zunge liegt eine geringe Anzahl kleinbohnengrosser Knötchen. An einer Stelle ist die Schleimhaut der Zunge leicht erodirt. Am harten Gaumen läuft in der Mittellinie eine flache Ulceration auf der verdickten Schleimhaut bis zur Uvula. Der weiche Gaumen, die Tonsillen und Gaumenbögen zeigen theils feinknotige Schwellungen, theils

Tafel XXV.

Schrumpfung mit Verdickung der Schleimhaut und Erosionen. An den oberen Extremitäten findet sich, besonders im unteren Viertel des Vorderarmes an der Streckseite beiderseits und auf dem Handrücken eine grössere Anzahl von bohnengrossen Knoten in der Haut. Beide Hände sind leicht elephantiastisch verbreitert. An der Streckseite des Oberarmes, Ellenbogens und der Schulter sind wenig Knoten, aber hier und da ist die Haut braunroth verfärbt, verdickt, stellenweise erodirt. Die Gegend des Warzenhofs beiderseits zeigt Verdickung mit Knötchenbildung. An den unteren Extremitäten ist die Knötchenbildung geringer. Diese befindet sich in verhältnissmässig gesunder Nachbarhaut, besonders an der Vorderseite des rechten Oberschenkels. Die untern 2 Drittel beider Oberschenkel sind leicht geschwollen, die Haut ist glänzend. Beide Füsse sind elephantiastisch allseitig verbreitert. Die Haut der Unterschenkel ist nicht diffus verdickt. Am Fussrücken rechts fühlt man plaqueförmige Verdickungen der Haut, die röthlich gefärbt sind. Beide Fusssohlen schuppen stark. Die Haut des Praeputium und der Glans zeigt flache granulirende Hautdefecte. In der Scrotalhaut ist rechterseits ein kleiner Bezirk verdickt, geröthet; in demselben einige flache Hautdefecte. Patient klagt nicht über besondere Schmerzen. Genauere Untersuchung ergiebt sowohl an den Extremitäten wie im Gesicht und auf den Schleimhäuten anästhet. Bezirke. Als Beweis von bereits früher bestandener Anästhesie finden sich Verbrennungsnarben an den Füssen und Beinen, die Pat. sich während der kalten Jahreszeit bei Erwärmung am Ofen zugezogen hat. Die fühlbaren Nervenstämme (N.-ulnares, peronei) nicht verdickt. Lymphdrüsenschwellungen am Halse und in den Leistenbeugen. Die Epliglottis und aryepiglott. Falten zeigen ausgebreitete Knotenbildung, so dass man nur mit Mühe die Stimmbänder im Spiegelbild erblickt.

Therapie: Borsalbenverbände.

Es werden im Laufe der Monate October bis December 1888 ältere und neugebildete Knoten vom Gesicht (Nase, Wangen, Ohren, Stirn) exstirpirt. Die Heilung erfolgt stets p. primam. Die Untersuchung derselben ergiebt sehr zahlreiche Leprabacillen. Auch Knoten der Zunge, des Gaumens und der Nasenschleimhaut zeigen enorme Mengen von Bacillen. Das Sputum bacillenhaltig (aus zerfallenen Knoten der Mund-Rachenschleimhaut).

Während der Monate November und December Kreosotsalbe local und Kreosotpillen innerlich. Die ausgedehnten derben Infiltrate der Stirnhaut flachen sich danach ab, desgleichen verkleinern sich die Knoten an Nase, Wangen, den Extremitäten. Die Ulcerationen an der Glans und am Präputium vernarben. Warme Bäder mehrmals die Woche: Thermocauterisation der Nasenschleimhaut wegen ausgedehnten Ulcerationen am Septum und den Muscheln.

Patient verlässt, zufrieden mit seinem Zustande und entschieden gebessert, am 23. December 1888 die Klinik. Nach $1^3/_4$ Jahre, am 20. IX. 90, wird er in dieselbe nochmals aufgenommen. In diese Zeit fällt die Aufnahme der vorliegenden Abbildung, sowie der dazugehörigen Fig. 3 auf Taf. XXVI. Die Untersuchung ergiebt nunmehr Folgendes: Die Haut des Gesichts bräunlich pigmentirt. Sämmtliche Weichtheile des Gesichts, Lippen, Wangen, Nasenflügel, Ohrläppchen gewulstet. Die Stirnhaut, besonders in der Supraorbitalgegend gleichfalls verdickt. Die Haut um den Mund und an der Stirne eingenommen von zahlreichen, ziemlich dicht aneinanderstehenden, Stecknadelkopf- bis Erbsengrossen Knoten von bräunlich-röthlicher Farbe, mit dünner glänzender Haut bedeckt. Das Centrum der Knoten häufig von intensiv wachsgelber Farbe, durch die verdünnte Oberhaut durchscheinend. An den Wangen finden sich etwas prominirende, ziemlich derbe Infiltrate bis zu Markstück-Grösse. An der Stirn und am Lippensaume kleine, flache Ulcerationen. Die Ohrläppchen elephantiastisch verdickt und vergrössert. Die Unterkieferdrüsen geschwollen. Die Nasenscheidewand verbogen; an ihr, sowie an den Muskeln mit trockenen Borken bedeckte Geschwüre; der rechte Nasengang stark verengt.

Der ganze harte Gaumen wird eingenommen von einer grossen Geschwürsfläche, deren

unregelmässig zackige Ränder wenig prominiren und von dunkel gerötheter Schleimhaut gebildet sind, deren Oberfläche mit einem schmierigen, gelblichen Belage bedeckt ist. Der weiche Gaumen ist geschrumpft, verdickt, von einer mehr gleichmässig derben Infiltration eingenommen. Die Uvula ebenfalls geschrumpft, von vorn nach hinten verdickt, derb. Die Gaumenbögen verdickt; die arcus palato-pharyngei stark geschrumpft und gegen die hintere Rachenwand verzogen. Ihre Oberfläche an vielen Stellen ulcerirt. Die Wangenschleimhaut fast intact. Die Zunge von der Spitze bis etwa zur Hälfte eingenommon von flachen, schmierigen Ulcerationen, welche, wie die Digitaluntersuchung ergiebt, auf ziemlich scharf abgegrenzten, derben Infiltraten gelegen sind. In der hintern Hälfte der Zunge finden sich mehrere, flach über das Niveau der Zunge prominirende Knoten bis zur Erbsengrösse. Die hintere Rachenwand atrophisch und mit reichlichem, zähem, schleimig-eitrigem Secret bedeckt.

Pat. ist heiser. Kehlkopfuntersuchung sehr schwierig; doch lässt sich beträchtliche Verdickung der Epiglottis und der lig. ary-epiglottica constatiren. Der übrige Körper zeigt, besonders an der Brust und an den Streckseiten der Extremitäten, zahlreiche bis handteller grosse, dunkelbraun pigmentirte Hautstellen; daselbst Haut und Unterhautzellgewebe theils diffus, theils in Form von abgegrenzten Knoten infiltrirt; hier und dort auch ganz vereinzelte Knoten in der Haut. Die Nervenstämme des Ulnaris und Peroneus nicht auffällig verdickt. Pat. ist jedoch in hohem Grade anästhetisch. In der Glutäalgegend ein frischer, Handtellergrosser Brandschorf. Pat. lässt sich ohne besondere Schmerzäusserung Hautknoten exstirpiren.

Die Untersuchung des Speichels ergiebt ziemlich reichliche Bacillenmengen, meist in Häufchen liegend, bisweilen deutlich in Zellen. Noch viel zahlreichere, zumeist in Zellen liegende Bacillen enthält das von der Oberfläche der Zunge und vom harten Gaumen ganz oberflächlich abgeschabte Geschwürssecret.*)

---

*) Die genaue Wiedergabe der Krankengeschichte mag damit gerechtfertigt sein, dass der betreffende Fall aus dem einzigen Leprabezirk Deutschlands, demjenigen nördlichsten Grenzgebiet Ostpreussens stammt, in welchem die Lepra heutzutage autochthon vorkommt.

Tafel XXV.

Fig. 1. Lepra der Rachengebilde (Frühform).

Fig. 2. Lepra der Rachengebilde (Spätform).

Tafel XXV

Fig. 1

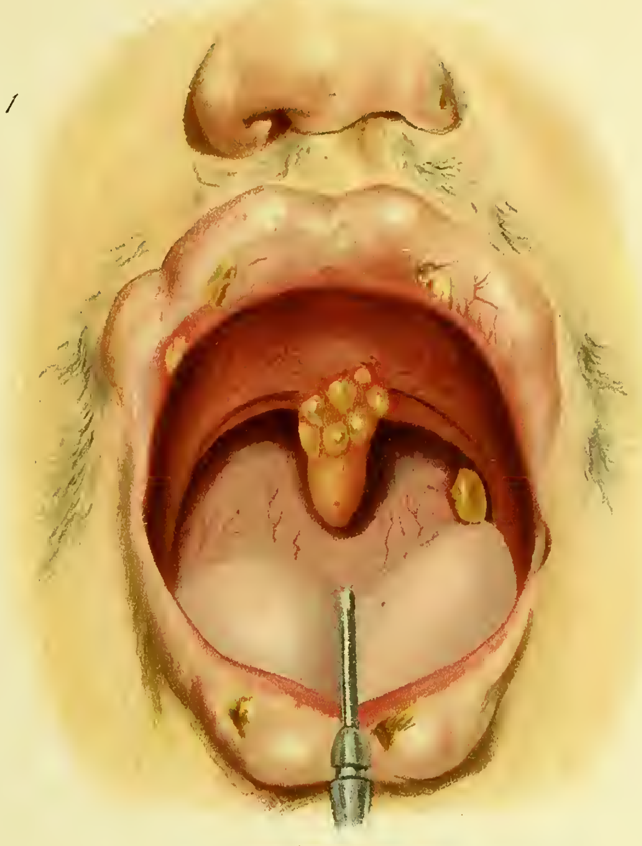


Fig. 2

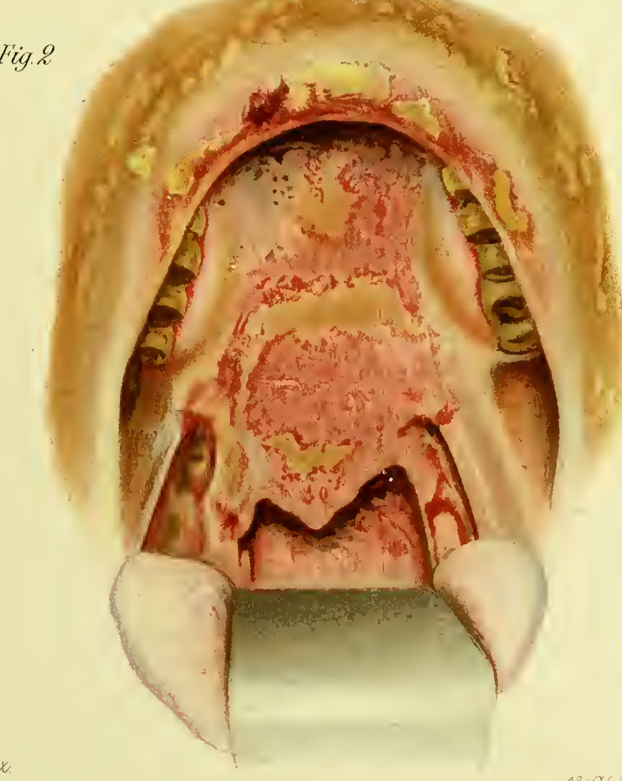


Fig. 1. O. Lilienfeld.
Fig. 2. H. Braune pinxit.

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin.



Tafel XXVI.

Fig. 1. Sklerom des Gaumens und Rachens (Rhinosklerom).

Th. B., 26 J. alt, Bürgerstochter aus Schitomir, Gouvernem. Wolynien.

Vor 10 Jahren litt Pat. an beiderseitiger Dakryocystitis, welche rechts zur Abscedirung führte. Bald danach verstopfte sich die Nase. Vor 6 Jahren fiel Pat. auf die Nase; es folgte eine heftige Blutung, ausserdem sollen „Fleischklumpen" aus der Nase gefallen sein. Allmälg schwoll die Umgebung der Nasenlöcher an, dabei wurden die Nasenflügel und die Nasenspitze hart und unbeweglich; infolgedessen verengerten sich die äusseren Nasenöffnungen immer mehr und mehr. Seit 3 Jahren sind beide Nasenhöhlen vollkommen undurchgängig. Ebenso lange sollen die krankhaften Veränderungen im Mund und Rachen bestehen. Die Beschwerden der Pat. sind im Ganzen mässig: ausser dem Gefühl des Verstopftseins der Nase plagt sie heftiges Jucken an den erkrankten Theilen der Nase und Oberlippe; das im Beginn des Leidens auftretende Thränenträufeln besteht immer fort. Häufig, besonders des Morgens, wird Pat. von Hustenreiz befallen; sie entleert dann durch Räuspern und Husten blutigen Schleim aus dem Munde.

Stat. praes. am 31. V. 1890 (Tag der Aufnahme der umstehenden Abbildung, Fig. 1): Typisches Bild eines weit vorgeschrittenen Rhinoskleroms der äusseren Nase. Diese erscheint im ganzen Bereich ihres knorpeligen Gerüstes in eine unförmliche, knorpelharte Geschwulstmasse umgewandelt, in welche auch der mittlere Theil der Oberlippe einbezogen ist. Der Nasenspitze und dem Nasenrücken entsprechend ist die über ihrer knöchernen Unterlage unbewegliche Masse zumeist von normal aussehender, jedoch unverschieblicher Haut bedeckt; nur an zwei Stellen brechen grau-röthliche, oberflächlich exulcerirte, mit dünnen Borken bedeckte Gewebsmassen knopfartig hervor. Den Nasenflügeln, sowie dem Septum cutaneum entsprechend ist die Geschwulst von grau-rother Farbe, in grosser Ausdehnung exulcerirt, mit gelblich-braunen, festhaftenden Borken bedeckt. Die wallartig erhobenen Grenzpartien der Geschwulst sind hier meist von einer dünnen Epithelschicht bedeckt, zeigen eine dunkelrote Farbe und setzen scharf gegen die normale Umgebung ab. Die Nasenlöcher sind durch flache, unregelmässig begrenzte Gruben angedeutet. Deutliche Zeichen der Schrumpfung der infiltrirten Theile, besonders in der Längsrichtung, d. i. dem Septum cutaneum nasi, sowie dem Filtrum der Oberlippe entsprechend; infolge dessen scheinen sich Nasenspitze und Lippenroth fast zu berühren.

Die Affektion der Mund- und Rachenhöhle stellt sich zunächst als eine flachhöckerige, röthlich-graue Infiltration der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens dar, welche ganz symmetrisch beide Hälften einnimmt und nur die Alveolarfortsätze mit ihrer nächsten Nachbarschaft freilässt. Gegen die gesunde Umgebung ist hier die infiltrirte Partie durch einen intensiv roten, von Epithel bedeckten Saum scharf abgegrenzt; im Centrum ist sie in grossem Umfang oberflächlich excoriirt. Auch die Gaumenbogen, die seitliche und hintere Rachenwand erscheinen, soweit sie der Beobachtung zugänglich sind, in ähnlicher Weise infiltrirt. Dabei finden sich auch hier Zeichen hochgradiger Schrumpfung. Die Uvula mit dem angrenzenden Theil des Velums sind verschwunden, die vorderen Gaumenbogen verstrichen, die hinteren einander und der hinteren Rachenwand so sehr genähert, dass sie einen steilen Spitzbogen bilden, dessen Pfeiler sich in die infiltrirte hintere Rachenwand einsenken, welche im Grunde des Bogens zur Ansicht kommt. Dabei Alles starr, unbeweglich. Der palpirende Finger findet hier fast dieselbe knorpelharte Consistenz wie an den Infiltraten der äusseren Nase.

(Die Abbildung und Krankengeschichte dieses Falles verdanken wir der besonderen Güte des Herrn Prof. Dr. Bornhaupt in Kiew, welcher über ein besonders reiches Beobachtungsmaterial auf diesem Gebiete verfügt. Vergl. die ausführliche Arbeit von Wolkowitsch aus der Bornhaupt'schen Klinik. Arch. f. klin. Chir. XXXVIII. 356.)

Fig. 2. Narbige Schrumpfung des weichen Gaumens und der Rachenschleimhaut infolge von Sklerom (Rhinosklerom).

Fl. Chr., 30 J. alt, Taglöhnerin aus Mähren.

Das jetzige Uebel besteht angeblich seit 9 Jahren. Zuerst stellten sich wiederholt Blutungen aus der Nase ein; dann bemerkte Pat. bald, dass sie durch das linke Nasenloch schwerer Luft bekäme als durch das rechte. Als Ursache davon zeigte sich später eine etwa taubeneigrosse Geschwulst, welche sich ziemlich rasch in der unteren Wand der Nasenöffnung gegen die Oberlippe zu entwickelte und zum Theil das Nasenloch verlegte. Nach einem Jahre hatte die ganze äussere Nase ihre normale Weichheit und Beweglichkeit verloren; sie war derb, fast knorpelhart geworden. Vor 5 Jahren stellte sich Husten und Heiserkeit ein; die letztere besteht bis zum heutigen Tage unverändert fort. Seit 3 Jahren Athemnoth bei stärkeren körperlichen Anstrengungen. Seit 2 Jahren von Zeit zu Zeit Hämoptöe, deren Dauer von 1—6 Tagen schwankt. Seit 6 Monaten dysmenorrhoische Beschwerden. Appetit gut. Verdauung normal.

Status praesens (April 1891): Mittelgrosse Person von mässig kräftigem Knochenbau, mittlerer Ernährung, schlaffer Musculatur. Ueber der rechten Lungenspitze kurzer Schall, Consonanzerscheinungen. Im Uebrigen die inneren Organe normal. — Die Nase erscheint verbreitert; die weit offenen Nasenlöcher sind von den derben, unbeweglichen, auf das Doppelte verdickten Nasenflügeln und der ebenso beschaffenen Scheidewand umgeben. Die ganze Nase fühlt sich knorpelhart an, ist unbeweglich. Am Naseneingang sieht man Narben, welche von vorangegangenen Excisionen herrühren.

Untersuchung der Mundhöhle (Siehe Fig. 2): Die vorderen Gaumenbogen als kurze, schmächtige Falten angedeutet; die hinteren Gaumenbogen dagegen stark entwickelt, weit nach innen zu vorspringend, von derber, schwieliger Consistenz. Von den Gaumentonsillen kaum Reste zu finden. Der weiche Gaumen in der Längsrichtung stark verkürzt, so dass sein freier Rand straff in die Höhe gezogen erscheint. Infolge dessen stellen die hinteren Gaumenbogen sammt dem freien Rand des Velums einen steilen gothischen Bogen dar, dessen Spitze den knopf-

förmigen Rest der hoch hinaufgezogenen Uvula trägt. Zwischen den Pfeilern des Bogens kommt die hintere Rachenwand zum Vorschein. Sowohl diese, als auch die geschrumpften Partien des Gaumens sind von einer narbig degenerirten, stellenweise sehnig glänzenden Schleimhaut überzogen. Die Rhinoskopia posterior ergiebt: Die hintere Rachenwand von zahlreichen, longitudinal verlaufenden weisslichen Narbensträngen durchzogen. Die Choanen beiderseits frei, weit offen. Mittlere Muschel rechterseits verdickt. Tubenwülste sehr hypertrophisch. Laryngoskopisch: Epiglottis gracil, Lig. glosso-epiglotticum verkürzt und verdickt, ihre Schleimhaut von einzelnen weisslichen Strängen durchsetzt. Das rechte falsche Stimmband blass, das wahre Stimmband bis auf eine weisse Stelle in der Mitte leicht geröthet. Falsches und wahres Stimmband linkerseits zu einem Wulst verschmolzen. Die Plica interaryt. verdickt. Unter dem rechten wahren Stimmband springt ein von Borken bedeckter Wulst gegen das Kehlkopfinnere vor, infolge dessen das Kehlkopflumen erheblich verengert. Die Bewegungen der Aryknorpel bei der Phonation unbehindert.

(Die Abbildung und Krankengeschichte dieses Falles verdanken wir der besonderen Güte des Herrn Prof. Kaposi in Wien.)

Fig. 3. Lepra der Zunge (Spätform).

M. P. 50 J. alt, Losmann aus Thalotten-Stans, Kreis Memel.

Die Eltern des Patienten sind früh verstorben. Seine Geschwister, seine Frau und Kinder dagegen sind sämmtlich am Leben und gesund. Vor 20 Jahren machte Patient die Pocken durch. Darauf wurde er Soldat und machte beide Kriege mit. Vor dem letzten lag er 7 Wochen an einer fieberhaften Krankheit, während welcher er stark phantasirte. Nach dem Kriege hat er eine Lungenentzündung überstanden. Seine jetzige Krankheit begann vor 2 Jahren mit Jucken auf der Stirn und Bildung von Knoten auf der Streckseite der Extremitäten und auf der Brust. Im Uebrigen klagte Patient nur über Kopfschmerzen. Da die Knotenbildung immer mehr zunahm, mehrere von denselben auch noch ulcerirten, suchte Patient auf Veranlassung von Herrn Dr. Pindikowski in Memel Hilfe in der chirurgischen Klinik zu Königsberg. Daselbst wurde am 17. IX. 1888, folgenden Status praesens aufgenommen.

Patient ist ein kräftig entwickelter, mässig genährter Mann. Das ganze Gesicht mit Ausnahme der regio parotidea und der Schläfen ist in äusserst auffälliger Weise verändert. Die Haut ist überall verdickt, die Oberfläche derselben zeigt eine Menge von Knoten, die stecknadelkopf- bis erbsengross sind. Ihre Farbe schwankt zwischen hellbraun und rothbraun; bis auf wenige sind sie nicht ulcerirt. Denselben Farbenton hat auch die umgebende Gesichtshaut. Das ganze Gesicht ist infolgedessen in seinen Conturen elephantiastisch vergrössert. Die beiden oberen Augenlider zeigen die gleichen Veränderungen, d. h. diffuse Verdickung mit Knötchenbildung; besonders stark ist die Veränderung über der Glabella, der Wurzel des Nasenrückens und an beiden Augenbrauen; sie sind verdickt, von zahlreichen kleinen Knoten durchsetzt. Auch in beiden Lippen befindet sich eine Anzahl Knötchen; hier und da ist die Schleimhaut erodirt. In der Zunge liegt eine geringe Anzahl kleinbohnengrosser Knötchen. An einer Stelle ist die Schleimhaut der Zunge leicht erodirt. Am harten Gaumen läuft in der Mittellinie eine flache Ulceration auf der verdickten Schleimhaut bis zur Uvula. Der weiche Gaumen, die Tonsillen und Gaumenbögen zeigen theils feinknotige Schwellungen, theils Schrumpfung mit Verdickung der Schleimhaut und Erosionen. An den oberen Extremitäten findet sich, besonders im unteren Viertel des Vorderarmes an der Streckseite beiderseits und auf dem Handrücken eine grössere Anzahl von bohnengrossen Knoten in der Haut. Beide

Hände sind leicht elephantiastisch verbreitert. An der Streckseite des Oberarmes, Ellenbogens und der Schulter sind wenig Knoten, aber hier und da ist die Haut braunroth verfärbt, verdickt, stellenweise erodirt. Die Gegend des Warzenhofs beiderseits zeigt Verdickung mit Knötchenbildung. An den unteren Extremitäten ist die Knötchenbildung geringer. Diese befindet sich in verhältnissmässig gesunder Nachbarhaut, besonders an der Vorderseite des rechten Oberschenkels. Die untern 2 Drittel beider Oberschenkel sind leicht geschwollen, die Haut ist glänzend. Beide Füsse sind elephantiastisch allseitig verbreitert. Die Haut der Unterschenkel ist nicht diffus verdickt. Am Fussrücken rechts fühlt man plaqueförmige Verdickungen der Haut, die röthlich gefärbt sind. Beide Fusssohlen schuppen stark. Die Haut des Praeputium und der Glans zeigt flache granulirende Hautdefecte. In der Scrotalhaut ist rechterseits ein kleiner Bezirk verdickt, geröthet; in demselben einige flache Hautdefecte. Patient klagt nicht über besondere Schmerzen. Genauere Untersuchung ergiebt sowohl an den Extremitäten wie im Gesicht und auf den Schleimhäuten anästhet. Bezirke. Als Beweis von bereits früher bestandener Anästhesie finden sich Verbrennungsnarben an den Füssen und Beinen, die Pat. sich während der kalten Jahreszeit bei Erwärmung am Ofen zugezogen hat. Die fühlbaren Nervenstämme (N.-ulnares, peronei) nicht verdickt. Lymphdrüsenschwellungen am Halse und in den Leistenbeugen. Die Epliglottis und aryepiglott. Falten zeigen ausgebreitete Knotenbildung, so dass man nur mit Mühe die Stimmbänder im Spiegelbild erblickt.

Therapie: Borsalbenverbände.

Es werden im Laufe der Monate October bis December 1888 ältere und neugebildete Knoten vom Gesicht (Nase, Wangen, Ohren, Stirn) exstirpirt. Die Heilung erfolgt stets p. primam. Die Untersuchung derselben ergiebt sehr zahlreiche Leprabacillen. Auch Knoten der Zunge, des Gaumens und der Nasenschleimhaut zeigen enorme Mengen von Bacillen. Das Sputum bacillenhaltig (aus zerfallenen Knoten der Mund-Rachenschleimhaut).

Während der Monate November und December Kreosotsalbe local und Kreosotpillen innerlich. Die ausgedehnten derben Infiltrate der Stirnhaut flachen sich danach ab, desgleichen verkleinern sich die Knoten an Nase, Wangen, den Extremitäten. Die Ulcerationen an der Glans und am Präputium vernarben. Warme Bäder mehrmals die Woche: Thermocauterisation der Nasenschleimhaut wegen ausgedehnten Ulcerationen am Septum und den Muscheln.

Patient verlässt, zufrieden mit seinem Zustande und entschieden gebessert, am 23. December 1888 die Klinik. Nach $1^3/_4$ Jahre, am 20. IX. 90, wird er in dieselbe nochmals aufgenommen. In diese Zeit fällt die Aufnahme der vorliegenden Abbildung, sowie der dazugehörigen Fig. 2 auf Taf. XXV. Die Untersuchung ergiebt nunmehr Folgendes: Die Haut des Gesichts bräunlich pigmentirt. Sämmtliche Weichtheile des Gesichts, Lippen, Wangen, Nasenflügel gewulstet. Die Stirnhaut, besonders in der Supraorbitalgegend gleichfalls verdickt. Die Haut um den Mund und an der Stirne eingenommen von zahlreichen, ziemlich dicht aneinanderstehenden, Stecknadelkopf- bis Erbsengrossen Knoten von bräunlich-röthlicher Farbe, mit dünner glänzender Haut bedeckt. Das Centrum der Knoten häufig von intensiv wachsgelber Farbe, durch die verdünnte Oberhaut durchscheinend. An den Wangen finden sich etwas prominirende, ziemlich derbe Infiltrate bis zu Markstück-Grösse. An der Stirn und am Lippensaume kleine, flache Ulcerationen. Die Ohrläppchen elephantiastisch verdickt und vergrössert. Die Unterkieferdrüsen geschwollen. Die Nasenscheidewand verbogen; an ihr, sowie an den Muskeln mit trockenen Borken bedeckte Geschwüre; der rechte Nasengang stark verengt.

Der ganze harte Gaumen wird eingenommen von einer grossen Geschwürsfläche, deren unregelmässig zackige Ränder wenig prominiren und von dunkel gerötheter Schleimhaut gebildet sind, deren Oberfläche mit einem schmierigen, gelblichen Belage bedeckt ist. Der weiche Gaumen ist geschrumpft, verdickt, von einer mehr gleichmässig derben Infiltration

Tafel XXVI.

eingenommen. Die Uvula ebenfalls geschrumpft, von vorn nach hinten verdickt, derb. Die Gaumenbögen verdickt; die arcus palato-pharyngei stark geschrumpft und gegen die hintere Rachenwand verzogen. Ihre Oberfläche an vielen Stellen ulcerirt. Die Wangenschleimhaut fast intact. Die Zunge von der Spitze bis etwa zur Hälfte eingenommon von flachen, schmierigen Ulcerationen, welche, wie die Digitaluntersuchung ergiebt, auf ziemlich scharf abgegrenzten, derben Infiltraten gelegen sind. In der hintern Hälfte der Zunge finden sich mehrere, flach über das Niveau der Zunge prominirende Knoten bis zur Erbsengrösse. Die hintere Rachenwand atrophisch und mit reichlichem, zähem, schleimig-eitrigem Secret bedeckt.

Pat. ist heiser. Kehlkopfuntersuchung sehr schwierig; doch lässt sich beträchtliche Verdickung der Epiglottis und der lig. ary-epiglottica constatiren. Der übrige Körper zeigt, besonders an der Brust und an den Streckseiten der Extremitäten, zahlreiche bis handteller grosse, dunkelbraun pigmentirte Hautstellen; daselbst Haut und Unterhautzellgewebe theils diffus, theils in Form von abgegrenzten Knoten infiltrirt; hier und dort auch ganz vereinzelte Knoten in der Haut. Die Nervenstämme des Ulnaris und Peroneus nicht auffällig verdickt. Pat. ist jedoch in hohem Grade anästhetisch. In der Glutäalgegend ein frischer, Handteller-grosser Brandschorf. Pat. lässt sich ohne besondere Schmerzäusserung Hautknoten exstirpiren.

Die Untersuchung des Speichels ergiebt ziemlich reichliche Bacillenmengen, meist in Häufchen liegend, bisweilen deutlich in Zellen. Noch viel zahlreichere, zumeist in Zellen liegende Bacillen enthält das von der Oberfläche der Zunge und vom harten Gaumen ganz oberflächlich abgeschabte Geschwürssecret.

Tafel XXVI.

Fig. 1. Sklerom des Gaumens und Rachens (Rhinosklerom).

Fig. 2. Narbige Schrumpfung des weichen Gaumens und der Rachenschleimhaut infolge von Sklerom (Rhinosklerom).

Fig. 3. Lepra der Zunge (Spätform).

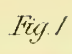


Fig. 1



Fig. 2

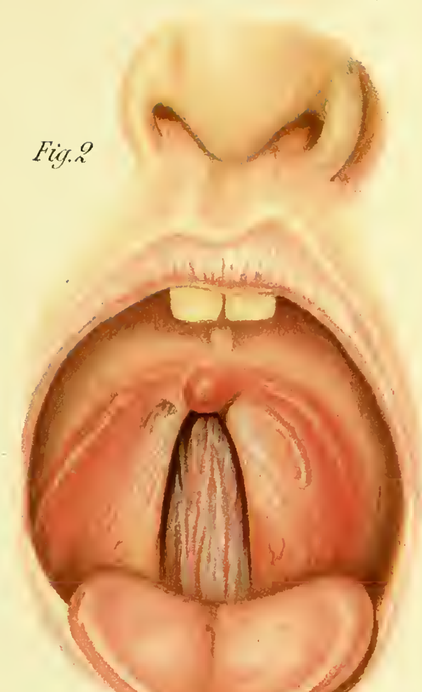


Fig. 3



Fig. 1 Bornhaupt
Fig. 3 H. C. Braune pinxit

[illegible] Lith. [illegible] Berlin



Tafel XXVII.

Fig. 1. Makroglossie, durch eine Lymphcyste (Lymphangioma cysticum) bedingt.

C. W., 7 J. alt, aus Ostpreussen.

Die Mutter des Pat. giebt an, dass derselbe mit einer kleinen Blutblase unterhalb der Zungenspitze geboren sei. Diese Erhabenheit habe sich dann allmälig vergrössert. Als das Kind einige Jahre alt war, befragte man einen Arzt, der zur operativen Entfernung der Geschwulst rieth. Da der Knabe bald darauf an Keuchhusten erkrankte, unterblieb die Operation vorerst und wurde auch später immer wieder verschoben, trotzdem die Geschwulst im Sommer 1888 derart an Umfang zugenommen hatte, dass sie im Munde nicht mehr Platz fand. Erst als im darauffolgenden Jahre ein weiteres rapides Wachsthum stattfand, führten die Angehörigen den Pat. dem Krankenhaus der Barmherzigkeit zu Königsberg (Chef-Arzt Oberstabsarzt Dr. **Bobrick**) zu. Hier wurde am 18. VIII. 89 folgender Befund erhoben:

Der schwächlich gebaute, sonst aber gesunde Knabe gewährt dadurch einen höchst eigenthümlichen Anblick, dass ihm eine apfelgrosse Geschwulst etwa 7 cm weit aus dem offenen Munde hängt und bis über das Kinn hinabreicht. Dieselbe stellt den abnorm vergrösserten vorderen Theil der Zunge dar; ihre Oberfläche zeigt diejenigen Veränderungen, welche einzutreten pflegen, wenn Schleimhäute längere Zeit dem Einfluss des atmosphärischen Luft ausgesetzt sind, sie ist lederartig verdickt, trocken und rissig. Die Consistenz des Tumors ist weich und elastisch; er lässt sich ziemlich sicher von dem unveränderten Theil der Zunge abgrenzen. Nach Emporheben der Geschwulst überzeugt man sich, dass die Unterkieferzähne eine fast horizontale Stellung einnehmen und von dicken Lagen von Zahnstein umgeben sind. Starke Salivation. Sprache vollkommen unverständlich. Pat. vermag Nahrung nur in flüssigem Zustande zu sich zu nehmen. 24. VIII. 90: Keilförmige Excision des Tumors nach **Dieffenbach**'scher Methode. Während der Operation dringt beim Fassen des vorderen Endes der Geschwulst mit der Hakenzange aus den Stichpunkten eine grünlich-gelbe, leicht getrübte, viscide Flüssigkeit. Glatte Heilung. Der funktionelle Erfolg der Operation ist ein vollkommener.

Schon bei der Operation erwies sich die Geschwulst als eine einzige grosse Cyste. Bei der durch Herrn Geheimrath E. Neumann ausgeführten anatomischen Untersuchung zeigte sich die Innenfläche der Cyste von einer theils einfachen, theils mehrfachen Schicht sehr zarter, flacher, dem Lymphgefässendothel ähnlicher Zellplättchen besetzt. Darunter eine ziemlich derbfaserige, zellarme Schicht lamellös angeordneten Bindegewebes. An der Innenfläche der Cystenwand braune Plaques, aus jungem Granulationsgewebe bestehend, höchst wahrscheinlich von Blutergüssen herrührend. Die anstossenden, etwas atrophischen Theile der Zungenmusculatur von starker Bindegewebswucherung durchsetzt. Im Uebrigen die ganze Dicke des exstirpirten Zungentheils bis zur äusseren Epithelbekleidung mit kleinen Rundzellen infiltrirt.*)

Fig. 2. Makroglossie mit Furchenbildung.

H., 36 J. alt, Beamtenfrau aus Königsberg.

Bei der gracil gebauten, aber sonst gesunden Frau bietet die Zunge folgende Veränderungen dar: Sie erscheint in toto vergrössert, länger, breiter und dicker als in der Norm. Ihre vordere Hälfte wird durch eine grosse Zahl von Furchen in Felder und Gyri von ganz verschiedener Form und Grösse zerklüftet. Die tiefste und breiteste dieser Furchen folgt in leicht geschlängelten Windungen im Allgemeinen der Medianlinie. Die nächstdem umfangreichsten Vertiefungen sind über 2 cm lang, bis 2 mm breit und ebenso tief. An der Zungenspitze halten die grösseren Furchen eine sagittale, nach vorn ein wenig convergirende, am mittleren Theile der Zunge eine mehr transversale, schräg von hinten innen nach vorn aussen verlaufende Richtung inne. Mit den Hauptthälern stehen dann zahlreiche kleinere und kleinste Nebenthäler in Verbindung. Ein gewisser Grad von bilateraler Symmetrie ist in der Furchenbildung an der Zungenoberfläche übrigens unverkennbar.

Viele ganz unregelmässig gestaltete, vorwiegend aber in verticaler Richtung angeordnete schmälere und flachere Furchen finden sich auch an den Zungenrändern und greifen im Bereich der Zungenspitze auf die Unterfläche über, ohne sich indess auf die medianen Partien dereelben fortzusetzen; letztere sind von glatter, etwas trocken aussehender Schleimhaut bekleidet.

Eine vollkommen glatte Beschaffenheit zeigt die Schleimhaut in der Tiefe sämmtlicher Furchen, während die von denselben umrahmten erhabenen Theile der Zunge reichliche Papillen erkennen lassen. — Die Farbe des Schleimhautüberzuges ist blass-röthlich; eine irgend erhebliche Differenz zwischen dem Colorit der vertieften und der erhabenen Theile existirt nicht.

Im hinteren Theil der Zunge sind nur einige seichte und kurze Vertiefungen vorhanden. Deutlich ausgebildete Papillae circumvalatae fehlen.

Wie die glossoskopische Untersuchung lehrt, ist die Schleimhaut der Zungenwurzel von einigen ektatischen Venen durchzogen; Balgdrüsen ziemlich stark entwickelt.

Geschmacksempfindung fehlt an den stärker gefurchten Theilen der Zunge, so besonders auch an den Zungenrändern, und zwar fehlt sie nicht blos im Bereich der papillenlosen Thäler, sondern auch in dem der papillentragenden Felder; nur an der Zungenspitze ist sie erhalten, obschon nicht gerade fein. An den hinteren Theilen der Zunge dagegen ist das

*) Weiteres über den histologischen Befund und seine Deutung findet sich in der aus J. Mikulicz' Klinik erschienenen Arbeit O. Samter's: „Ueber die Lymphangiome der Mundhöhle", Arch. f. klin. Chir., Bd. XLI.

Geschmacksvermögen, wie die angestellten Prüfungen ergeben, normal. In der Perception von Tasteindrücken seitens der Zunge bestehen keine Abweichungen von der Norm.

Ueber irgendwelche, durch die veränderte Beschaffenheit der Zunge hervorgerufene Beschwerden hat Frau H. nicht zu klagen. Betreffs der Entstehung des im Vorstehenden beschriebenen Zustandes weiss sie nichts Näheres anzugeben, glaubt sich jedoch mit Bestimmtheit dessen zu erinnern, dass schon während der Schulzeit ihren Mitschülerinnen das rissige Aussehen der Zunge aufgefallen sei. Bei anderen Gliedern ihrer Familie ist eine ähnliche Zungenaffection nicht bemerkt worden.

Fig. 3. Hyperplasie der Zungentonsille (directer Besichtigung zugänglich).

Fr. N., 30 J. alt, Lehrerfrau aus Königsberg.

Die kräftig gebaute und gut genährte Pat. ist seit 1883 verheirathet und giebt an, von ihrem Ehemann vor einigen Jahren syphilitisch inficirt worden zu sein. Ihre Gaumenmandeln wurden wegen abnormer Grösse vor 2 Jahren galvanokaustisch geätzt.

Seit Juli 1889 klagt Pat. über, besonders gegen Abend sich einstellende stechende Schmerzen in der Tiefe des Halses, sowie über ein Gefühl von Druck und Behinderung beim Schlucken („als ob etwas stecken bliebe"). Ein Anfang Oktober zu Rath gezogene Arzt führte einige galvanokaustische Aetzungen der Zungenwurzel aus. Da die Beschwerden jedoch nicht völlig verschwanden, stellte sich Pat. im November 1889 einem der Herausgeber dieses Atlas vor. Bei tiefem Herunterdrücken der Zunge kommt an deren Wurzel die hyperplastische Zungentonsille als eine grobkörnige Geschwulst zum Vorschein, in ihrem medianen Theil von dem obersten Segment der Epiglottis überragt. Auch ohne Zuhilfenahme des Zungenspatels vermag Pat. die Zungentonsille zur Ansicht zu bringen. Der Schleimhautüberzug der hypertrophischen Balgdrüsen war von normaler Färbung. Die Untersuchung des übrigen Körpers ergab nichts Anormales.

Therapie: Energische Aetzungen mit dem messerförmigen Galvanocauter.

Controlluntersuchung 11. I. 90: Keinerlei Beschwerden mehr. Balgdrüserregion der Zungenwu zel (die nach wie vor bis zum Kehldeckel hin ohne Zuhilfenahme des Spiegels zu besichtigen ist) abgeflacht.

Fig. 4. Papillom der Uvula.

K. Sch., 18 J. alt, Laufbursche aus Königsberg.

Der in seiner körperlichen Entwickelung zurückgebliebene Patient trat wegen Nasenverstopfung in poliklinische Behandlung. Als Ursache seiner Beschwerden fanden sich adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums. Gaumenregel ziemlich schlaff, Arcus palatopharyngei inseriren sich auffällig tief am untersten Theile der Uvula.

Der Spitze des Zäpfchens sitzt rechterseits eine blass-röthlich gefärbte, erbsengrosse, warzenartig-höckerige Excrescenz auf.

Behandlung: Operation der adenoiden Vegetationen; Entfernung der Geschwulst des Zäpfchens mit der Scheere.

Histologische Untersuchung der letzteren bestätigt die auf „Papillom" gestellte klinische Diagnose.

Tafel XXVII.

Fig. 1. Makroglossie, durch eine Lymphcyste (Lymphangioma cysticum) bedingt.

Fig. 2. Makroglossie mit Furchenbildung.

Fig. 3. Hyperplasie der Zungentonsille (directer Berücksichtigung zugänglich).

Fig. 4. Papillom der Uvula.

Tafel XXVII

Fig. 1.

Fig. 2

Fig. 3.

Fig. 4

K. Braune pinxit.

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin



Tafel XXVIII.

Fig. F. Sublinguale Dermoidcyste.

R. M., 66 J., Rabinerstochter aus Russland, stets gesund. Vor 5 Monaten bemerkten die Eltern unter der Zungenspitze eine kleine Geschwulst, welche seither allmälig wuchs.

6. V. 89 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Sonst wohlentwickeltes Mädchen. Wird die Zunge in die Höhe gestreckt, so kommt an ihrer Unterfläche eine etwa haselnussgrosse, genau in der Mittellinie zwischen der Zungenspitze und dem Bändchen liegende Geschwulst zum Vorschein. Dieselbe ist von blassgelblicher Farbe, ziemlich scharf begrenzt, nicht verschiebbar, von prall elastischer Consistenz, deutlich fluctuirend.

Exstirpation der Cyste in Narkose bei hängendem Kopf. Der dünnwandige Balg lässt sich in den oberflächlichen Schichten leicht, in der Tiefe mit einiger Schwierigkeit herauspräpariren. Ein trichterförmiger Fortsatz der Cyste reicht bis in die Nähe des Zungenbeinkörpers. Naht, Drainage der Wundhöhle mit einem Streifen Jodoformgaze. Glatte Heilung.

Die Cyste enthält eine dünnbreiige, gelbliche Masse; die Cystenwand ist an ihrer Innenfläche mit einem mehrschichtigen Plattenepithel ausgekleidet.

Tafel XXVIII.

Fig. 2. Ranula.

L. R., 18jährige Bauerstochter aus Ostpreussen, stammt aus gesunder Familie und war selbst bisher gesund. Sie bemerkte im September 1889, dass sich unter der Zunge, und zwar zuerst links vom Bändchen, ein Bläschen bildete, welches im Verlauf mehrerer Wochen bis zu Walnussgrösse anschwoll; dann platzte es von selbst und entleerte eine klare Flüssigkeit. Doch füllte sich die „Blase" bald wieder, barst nach einiger Zeit, um sich abermals zu füllen u. s. f. Einige Male stach sich Pat. die „Blase" selbst auf, weil sie sich im Sprechen und Essen behindert fühlte.

9. VII. 90 sucht Pat. in der Poliklinik eines der Herausgeber des Atlas Hilfe. Wenn das sonst gesunde Mädchen den Mund öffnet, so bemerkt man schon bei ruhender Zunge, dass sich vom Boden der Mundhöhle her eine bläulich durchscheinende Geschwulst zwischen Zungenrand und Zahnreihen nach vorn drängt und die Zungenspitze emporhebt. Wird die Zunge spontan emporgestreckt, so kommt die Geschwulst in der Fig. 2 dargestellten Weise zum Vorschein. Sie liegt symmetrisch zu beiden Seiten des Zungenbändchens und drängt den vorderen Theil des Mundbodens fast bis in die Höhe der Zahnreihe empor; sie ist von bläulich durchscheinendem Aussehen, fühlt sich weich elastisch an und fluctuirt deutlich. — Durchziehen einer starken Fadenschlinge, welche geknüpft und liegen gelassen wird. Beim Anstechen der Cyste entleert sich eine stark fadenziehende, honigartige, klare Flüssigkeit, worauf die Wandungen der Cyste allmälig ganz zusammenfallen.

Fig. 3. Sublinguales, knotenförmiges Lymphangiom.

G. H., 40jähriger Arbeiter aus Königsberg, will sonst keine erheblichen Krankheiten durchgemacht haben. Seit seiner frühesten Jugend schwillt ihm von Zeit zu Zeit die Zunge so heftig an, dass er nur mit Mühe und unter heftigen Schmerzen sprechen und essen kann. In der Regel geht die Anschwellung nach wenigen Tagen von selbst zurück; einige Male musste jedoch vom Arzt ein Einschnitt in die stark geschwollene Zunge gemacht werden, wobei sich stets nur Blut entleert haben soll. Den heftigsten Anfall erlitt Pat. vor 9 Jahren. Die Anschwellung der Zunge ging auf den Boden der Mundhöhle über und führte unter Schüttelfrösten und Fiebererregungen bis über 39° zu einer tiefen Phlegmoe mit Glottisoedem. Damals wurden in der Königsberger chirurgischen Klinik ausser mehreren Incisionen in die Zunge die Unterbindung beider Lingualarterien und schliesslich die Tracheotomie gemacht. Aus der Zunge entleerte sich blutig-seröse Flüssigkeit; eine nach mehreren Tagen in der Unterkinngegend gemachte tiefe Incision förderte eitrig-jauchige Flüssigkeit zu Tage. — Seit dieser Zeit will Pat. durch eine Reihe von Jahren frei von erheblichen Beschwerden gewesen sein. Erst vor 2 Tagen schwoll die Zunge abermals an, was den Pat. veranlasste, am 28. II. 90 in der Königsberger chirurgischen Klinik Hilfe zu suchen.

Bei dem kräftig gebauten, mässig genährten Mann ist keine Erkrankung der inneren Organe nachzuweisen. Die ganze Zunge ist leicht angeschwollen, von derberer Consistenz, druckempfindlich. Auf ihrem Rücken und ihrer Unterfläche mehrere sich derb anfühlende Narben. Bei erhobener Zungenspitze kommt eine kirschgrosse Geschwulst zum Vorschein, welche, rechts vom Frenulum, der Unterfläche der Zunge breitbasig aufsitzt und sich in Consistenz und Farbe nicht merklich von der Umgebung unterscheidet. Die Oberfläche der Geschwulst ist durchsetzt von stecknadelkopf- bis hirsekorngrossen, hell durchscheinenden Bläschen; einzelne derselben scheinen mit dunkler, blutiger Flüssigkeit gefüllt zu sein. Links vom Frenulum finden sich an der correspondirenden Stelle mehrere 2—4 mm hohe, hahnenkammartige Prominenzen, deren Spitze mit ähnlichen Bläschen besetzt sind.

Tafel XXVIII.

1\. III. 80 Abtragung der Geschwulst mit dem Thermokauter; Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze. Heilung.

Histologischer Befund: Mikroskopisch und makroskopisch zeigen sich in allen Theilen der entfernten Geschwulst kleine Hohlräume der verschiedensten Form, sämmtlich ohne Wandung. Die Geschwulst besteht aus Schleimhaut und derbfaserigem Bindegewebe, durch welches hier und da langgestreckte Muskelprimitivbündel ziehen. Die Hohlräume liegen zum Theil dicht unter dem Epithel. Der Inhalt ist meist geronnene Lymphe, hier und da Blut. An einzelnen Stellen findet sich in der geronnenen Lymphe eine grössere Anzahl von Lymphkörperchen, selten ist der ganze Hohlraum damit erfüllt. Die Form der Hohlräume wechselt zwischen Spaltform und unregelmässig vieleckigen Räumen. Auch im Bindegewebe finden sich häufig, bisweilen grosse, rundliche Anhäufungen von Lymphkörperchen. Hier und da springen Kerne in die Hohlräume vor. An einzelnen Stellen bemerkt man in der Lymphe runde Zellen, beinahe doppelt so gross wie ein gewöhnliches Lymphkörperchen, mit körnigem Inhalt, bisweilen mehrkernig.

Tafel XXVIII.

Fig. 1. Sublinguale Dermoidcyste.

Fig. 2. Ranula.

Fig. 3. Sublinguales, knotenförmiges Lymphangiom.

Tafel XVIII

Fig. 1



Fig. 2

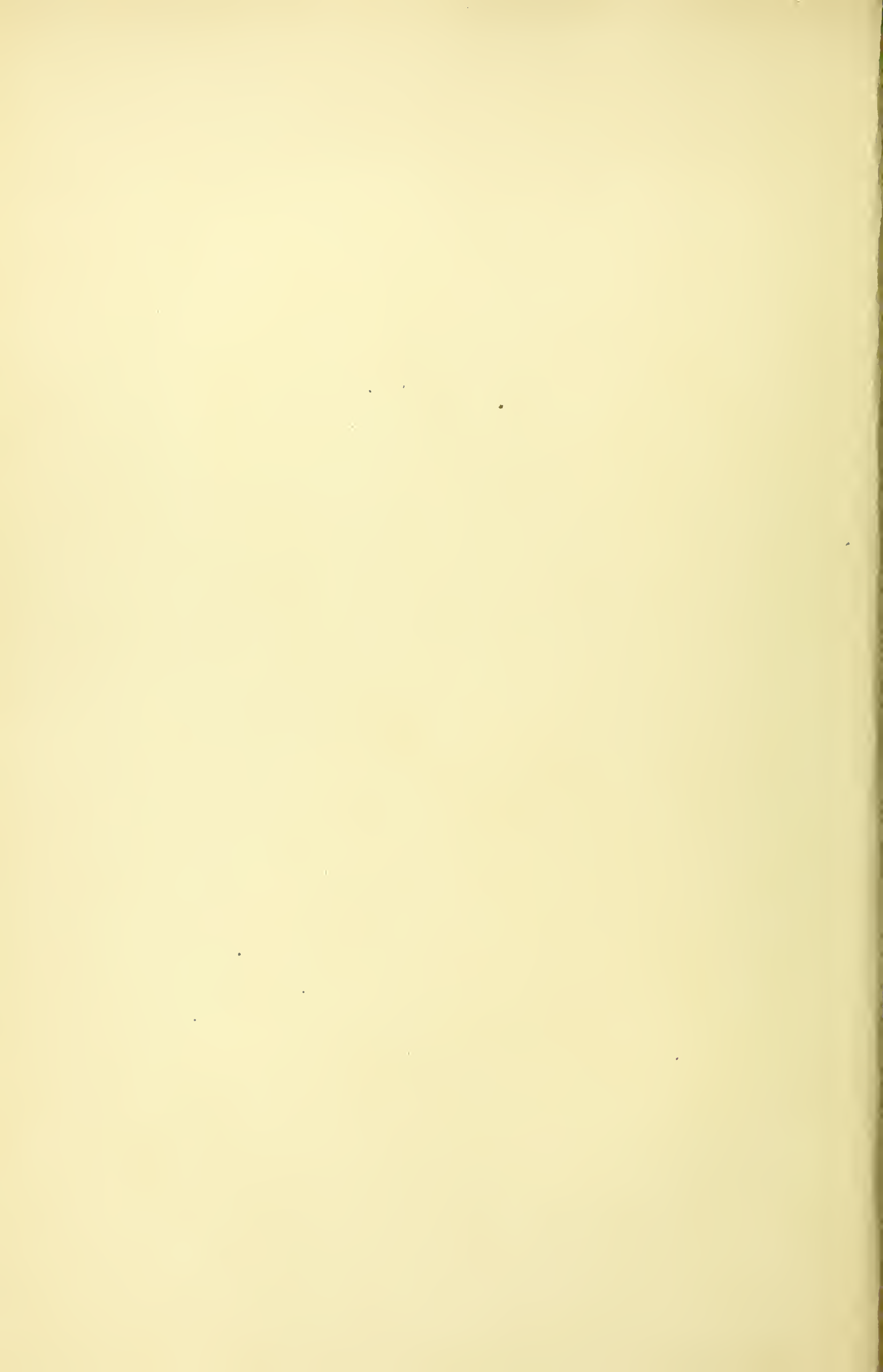


Fig. 3



...rauns pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin.



Tafel XXIX.

Fig. 1. Landkartenzunge (Lingua geographica; gutartige wandernde Exfoliationen der Zungenschleimhaut, Annulus migrans).

H. B., 21 J. alt, Factor aus Königsberg.

Der kräftig gebaute, im übrigen gesunde, in specie niemals syphilitisch inficirte junge Mensch suchte Anfang Februar 1890 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas wegen seit längerer Zeit bestehender Nasenverstopfung und neuerdigs aufgetretener leichter Heiserkeit Rath.

Objectiver Befund: Rhinitis hyperplastica; Larynxkatarrh mässigen Grades. Im Verlauf der wegen dieser Krankheitszustände eingeleiteten Behandlung fiel am 12. II. 90 die hier abgebildete Veränderung der Zungenschleimhaut auf: zwei runde rothe Flecke, der vordere ca. 10, der hintere ca. 12 mm im grössten Durchmesser haltend; letzterer von einem schneckenförmigen, stellenweise doppeltcontourirten, weisslichen, feingetüpfelten Rande scharf umgrenzt; an dem vorderen Flecke markirt sich nur der hintere Theil des Randes deutlich. Näheres Zusehen lässt erkennen, dass die getüpfelte Beschaffenheit der Randzone durch Aneinanderreihung kleiner, den Papillae foliformes an Umfang entsprechender Erhabenheiten bedingt wird. Auch dem übrigen Zungenrücken geben die, mit gelblichweissem Epithel bedeckten, fadenförmigen Papillen ein chagrinirtes Aussehen; zwischen ihnen treten die Papillae fungiformes in einem mehr röthlichen Colorit hervor; fast Stecknadelkopfgrösse erreichen einige derselben im Bereich des hinteren Flecks.

Zähne gesund, die beiden unteren Weisheitszähne im Durchbruch; während die Krone des rechten aber bereits fast frei liegt, ist die des linken von gewulsteter, an ihrer Oberfläche milchig getrübter Schleimhaut noch grösstentheils bedeckt. An der Wangen-

schleimhaut markiren sich auf beiden Seiten die Eindrücke der Backenzähne. Zahnfleischsaum durchweg ein wenig geröthet. Keinerlei Beschwerden von Seiten der Mundschleimhaut, keine Beeinträchtigung der Geschmacksempfindung.

Am 16. II. 90 confluiren die beiden Zungen-Plaques mit einander und fehlt auf der linken Zungenseite im Bereich eines entsprechend grossen, etwa halbmondförmigen Bezirks der weissliche Belag. Nach einigen Tagen kann man Abweichungen von der Norm an der Zungenoberfläche nicht mehr ermitteln. Die Erscheinungen eines mässigen Mundschleimhautkatarrhs bestehen bis Mitte April 1890 fort, um welche Zeit erst der Durchbruch des linken Dens sapientiae vollendet ist.

Die Symptome der Laryngitis und der Rhinitis hyperplastica waren durch geeignete Behandlung (Adstringentien, Abtragung der hypertrophischen Partien der Nasenschleimhaut mit der galvanocaustischen Schneideschlinge) schon vorher beseitigt. Der Mundschleimhauterkrankung gegenüber hatte man therapeutische Massnahmen absichtlich unterlassen.

Fig. 2. Breite Condylome (papulöse Schleimhaut-Syphilide, Plaques muqueuses) der Zunge.

E. B., 13 J. alt, Schülerin aus Königsberg.

Im Juli 1889 entwickelten sich bei der bis dahin gesunden Pat. „weisse Blasen in Mund und Hals“, welche nach einer antisyphilitischen Behandlung (4 in 8tägigen Intervallen gemachte Injectionen in die Glutaealgegend, innerlich Jodkalium, örtlich Einpinselungen) im September allmälig verschwanden. Seit etwa 14 Tagen stellten sich wiederum Schmerzen an der Zunge ein, die, besonders beim Essen, ziemlich lebhaft waren.

29. III. 90. Das körperlich und geistig normal entwickelte Mädchen ist das uneheliche Kind einer Arbeiterfrau, welche, wie die Untersuchung ergiebt, selbst gesund ist. Auch bei dem Stiefvater und einer 7jährigen Stiefschwester der Pat. sind Zeichen syphilitischer Erkrankung nicht zu ermitteln. Die Art, in welcher Pat. selbst inficirt wurde, bleibt unaufgeklärt. — An der linken Seite des Zungenrückens die hier wiedergegebenen typischen papulösen Schleimhautsyphilide. Indolente Schwellung der Submaxillar- und oberflächlichen Cervicaldrüsen. Am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes. Unter innerlichem Gebrauch von Jodkalium und wiederholten Aetzungen mit Argent. nitric. in Substanz heilen bis zum 12. IV. 90 die Plaques der Zungenschleimhaut. Die Drüsenschwellung persistirt jedoch und verschwindet erst nach mehrwöchentlicher Behandlung mit mercuriellen Frictionen (15 à 2,0).

Fig. 3. Moeller'sche superficielle Glossitis.

B. B., Dienstmädchen, 23 J. alt, aus Königsberg.

Seit 4 Jahren Durchfälle, Husten und allmälige Abmagerung. Keine hereditäre Belastung. Beschwerden von Seiten der Zunge stellten sich im November 1889 ein.

28. III. 90. Schwächlich gebautes Mädchen von zarter Hautfarbe. Klage über Brennen am vorderen Theil der Zunge; dieses Brennen ist dauernd in mässigem Grade vorhanden, steigert sich aber bei der Nahrungsaufnahme, besonders beim Geniessen compacter und stark gewürzter Speisen zu unerträglicher Heftigkeit.

An der vorgestreckten Zunge fällt etwa in der Mitte des Zungenrückens eine geröthete Zone von der Form eines W auf. Die leicht convexen äusseren Schenkel dieses W sind ungefähr 22 mm lang; die grösste Breite des rechten beträgt 5, des linken $3\frac{1}{2}$ mm. Der Scheitelpunkt der nur etwa 8 mm langen, fast rechtwinklig convergirenden inneren Schenkel entspricht der Medianlinie der Zunge. Im Bereich dieser gerötheten, sich von der Umgebung

Tafel XXIX.

ziemlich scharf abgrenzenden, aber mit ihr in demselben Niveau liegenden Partie markiren sich eine Anzahl vergrösserter Papillen. Ungefähr parallel dem soeben beschriebenen W verläuft, dasselbe umschliessend, eine in ganz analoger Art afficirte zweite Zone. Ihre äusseren Schenkel werden von den Zungenrändern gebildet, die inneren stossen nicht winklig zusammen, sondern bilden einen flachen Bogen, dessen concave Seite 8—10 mm von der Zungenspitze entfernt bleibt. Auch in dem nicht gerötheten Theil der Zungenspitze fallen hypertrophische Papillen auf.

Eine unregelmässig streifen- und fleckweise Röthung zeigt die Unterfläche der Zungenspitze. Die übrige, directer Besichtigung zugängliche Zungenschleimhaut ist weiss-röthlich gefärbt, anscheinend von normalem Epithel gedeckt. Bei der glossoskopischen Untersuchung der Zungenwurzel erscheinen die Gefässe derselben etwas dilatirt. Sonst keinerlei Veränderung an den oberen Theilen des Respirations- und Digestionstractus. Herabsetzung der Geschmacksempfindung nicht zu constatiren.

Percussionsschall oberhalb der rechten Supraclaviculargrube gedämpft; daselbst unbestimmtes Athmungsgeräusch, mittelgrossblasige, theils klanglose, theils consonirende Rasselgeräusche. — Faeces gelblich gefärbt, dünn, enthalten viel Schleim und, wie die mikrosoopische Untersuchung lehrt, auch Botriocephalus-Eier.

Unter Behandlung der Zungenaffection mit lauwarmen Ausspülungen (Sol. Natr. bicarbonic., mit Milch gemischt) und mehrmals täglich ausgeführten adstringirenden Einpinselungen (Sol. Acid. Tannic. in Glycerin [1:10]) lässt im Verlauf der nächsten Wochen die Röthung etwas nach. Auch tritt das Brennen in schwächerem Grade und nur noch beim Essen auf.

Tafel XXIX.

Fig. 1. Landkartenzunge (Lingua geographica; gutartige wandernde Exfoliationen der Zungenschleimhaut, Annulus migrans).

Fig. 2. Breite Condylome (papulöse Schleimhaut-Syphilide Plaques muqeuses) der Zunge.

Fig. 3. Moeller'sche superficielle Glossitis.

Tafel XXIX

Fig 1



Fig 2

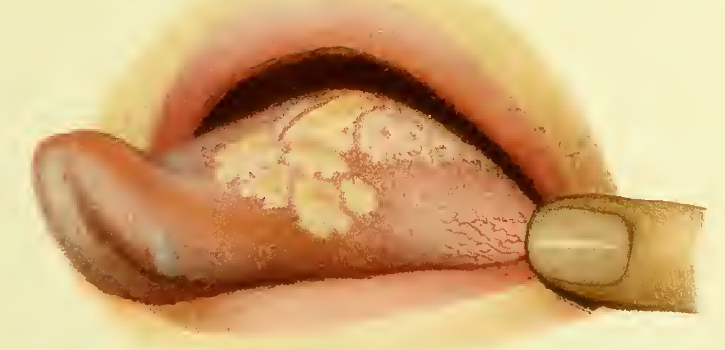


Fig 3





Tafel XXX.

Fig. 1. Acute papulöse Glossitis.

M. N., 34 J. alt, Arbeiterfrau aus Königsberg.

Pat. machte als Kind die Masern durch; sonst will sie stets gesund gewesen sein, insonderheit an Hautausschlägen nie gelitten haben. 1884 verheirathete sich Frau N. und wurde Mutter zweier Kinder, von denen das eine zur Zeit 4, das anderere 1 J. alt ist. Am 4. VII. 90 erkrankte Pat. unter Hitze und Frost. Abgeschlagenheit. Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit; vor allem aber wurde sie durch brennende Schmerzen an der Zunge belästigt, deren Oberfläche sich an diesem Tage bereits mit mehreren, etwa erbsengrossen Bläschen bedeckt zeigte. Im Verlauf der beiden folgenden Tage kamen noch neue Erhabenheiten hinzu; die frisch entstandenen waren nur stecknadelkofpgross, erreichten aber innerhalb von 12 bis 24 Stunden mindestens den doppelten Umfang. Am 6. VIII. 90 suchte Frau N. bei Herrn Dr. Sembritzky Rath, der sie der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas zuwies.

6. VII. 90 Morgens: Blass aussehende, schwächlich gebaute Frau. Sie klagt über Brennen auf der Zunge, Appetitlosigkeit und Mattigkeit. Temperatur: 36,3 C., Pulsfrequenz 90.

Tafel XXX.

Am Zungenrücken finden sich etwa 10 stecknadelkopf- bis stark erbsengrosse rundliche Efflorescenzen, die sich $^1/_2$—3 mm über das Niveau ihrer Umgebung erheben. Die Decke derselben ist von opaker, milchig-weisser, im Centrum mehr gelblicher Farbe. An den mittelgrossen Papeln im Centrum eine flache Delle. Berührung der Erhabenheiten ist nicht besonders empfindlich; auf Nadelstiche erfolgt kein Austritt von Flüssigkeit. In der nächsten Nachbarschaft der beschriebenen Plaques fällt eine etwas stärkere, nach der Peripherie hin allmälig erlöschende Röthung der Schleimhaut auf. — An der Innenfläche der Unterlippe, dem medialen linksseitigen Schneidezahn gegenüber, eine ähnliche ca. 3 mm im Durchmesser haltende weiss-gelbliche Papel. Zahnfleischpyramiden im Bereich der unteren Schneide- und Eckzähne in mässigem Grade geschwollen und livid-röthlich verfärbt. Am unteren Rande der Zahnkronen ein gelblicher, rahmähnlicher Belag. Druck auf die entzündeten Partien der Gingiva ist schmerzhaft und führt zum Hervorquellen eines, dem eben erwähnten Belag ähnlichen Secrets. Etwas Salivation. Mässiger Foetor ex ore. Eine erheblichere Beeinträchtigung der Geschmacksempfindung lässt sich nicht constatiren. Links einige etwa haselnussgrosse Cervicaldrüsen.

7. VII. 90 (Tag der Aufnahme unserer Abbildung). Gestern Abend leichtes Fieber (Körpertemperatur 38,3). Schmerzen an der Zunge haben etwas nachgelassen. Allgemeinbefinden unverändert. Sämmtliche gestern constatirten Efflorescenzen haben sich vergrössert, die Randpartien einzelner, einander benachbarter Papeln confluiren. Zugleich erscheint das Aussehen der älteren, umfangreicheren Eruptionen nicht unwesentlich verändert, indem zwischen der centralen Depression und der peripheren Partie der Papel eine Zwischenzone in Form eines 1—2 mm breiten, braun-röthlich getüpfelten Kreises entstanden ist. Auch ist die Umgebung der so veränderten Plaques weniger geröthet als die der kleineren und jüngeren.

8. VIII. 90. Die Oberfläche der älteren Papeln hat ein gleichmässiges, gelb-grünliches käseartiges Aussehen angenommen. Ord.: Mundspülen mit 4 % Aq. boric.

9. VIII. 90. Sämmtliche Beschwerden wesentlich geringer als früher. Körpertemperatur normal. Objectiver Befund: An der Stelle der früheren Papeln durchweg runde, $^1/_2$—$1^1/_2$ mm tiefe Erosionen mit geröthetem, fein gezähneltem Rande und eiterbedecktem Grund; Symptome der Gingivitis im Rückgang. Schwellung der Cervicaldrüsen verschwunden.

15. VIII. 90. Pat. fühlt sich vollkommen wohl. An einzelnen, früher von grösseren Papeln occupirten Stellen der Zungenoberfläche sind bei genauem Zusehen flache Gewebsdefecte erkennbar, sonst keinerlei krankhafte Veränderungen mehr in der Mundhöhle nachweisbar.

Bacteriologischer und histologischer Befund:

Am 8. VIII. 90 waren zwei der kleineren, wenige Tage vorher entstandenen Efflorescenzen zum Zwecke mikroskopiscr Untersuchung excidirt worden. Bei dieser wurde an nach Gram'scher Methode gefärbten Präparaten ein sehr reicher Gehalt an Bacterien konstatirt. Während sich aber in den oberflächlichsten Partien die grössten Massen von solchen finden, nimmt nach der Tiefe hin die Zahl der Mikroorganismen beträchtlich ab. Auch bieten die betreffenden Spaltpilze, theils Coccen, theils Bacillen, in morphologischer Beziehung eine grosse Mannigfaltigkeit dar, ohne dass sich das Prävaliren einer bestimmten Art feststellen liesse.

Bei der histologischen Untersuchung fand man an mit Picrocarmin gefärbten Schnittpräparaten das Epithel stark aufgelockert, von zahlreichen, verschieden grossen Hohlräumen durchsetzt, in welch letzteren gar nicht oder nur schwach gefärbte fädige (fibrinöse) Gerinnsel enthalten waren. Die Zellkerne innerhalb dieser epithelialen Auflagerung, besonders in deren oberen Schichten erscheinen grösstentheils noch gefärbt. Gegen das Stratum papillare hin grenzten sich die in der beschriebenen Art veränderten Epithelien durch zwei oder drei Reihen

feingekörnter, spindelförmiger, in horizontaler Richtung an einander gelagerter, zum Theil mit blassgefärbten Kernen versehener Zellen ab. Die Papillen zeigten sich verbreitert und mit Rundzellen infiltrirt, das Lumen ihrer Blutgefässe war von solchen oft gänzlich ausgefüllt. Auch auf die übrigen bindegewebigen Theile der Schleimhaut setzte sich die kleinzellige Infiltration fort, nahm jedoch nach den tieferen Schichten hin an Dichte ab.

Fig. 2. Chronische recidivirende Aphthen.

N. N., 22 J. alt, Nähterin aus Königsberg.

Im October 1888 suchte Pat. bei einem der Herausgeber dieses Atlas Rath. Seit einem halben Jahre treten bei ihr periodisch — in etwa 4—6wöchentlichen Intervallen — an den vorderen Partien des Zungenrandes äusserst schmerzhafte kleine Geschwürchen auf. Man fand ein hereditär in keiner Weise belastetes, niemals syphilitisch inficirtes, hochgradig chlorotisches und unregelmässig menstruirtes Mädchen. Während der 8monatlichen Beobachtungsdauer konnte wiederholt folgender Verlauf der Geschwüre festgestellt werden: Der Beginn einer neuen Eruption macht sich durch Schmerzempfindung an der afficirten Stelle bemerkbar. Letztere markirt sich zuvörderst als ein nur bei genauem Zusehen erkennbarer nadelspitzen- bis nadelkopfgrosser Epitheldefect mit geringer Röthung der Umgebung. Während der nächsten Tage vergrössert und vertieft sich dieser Defect; der Grund desselben zeigt sich nunmehr mit fest anhaftendem, gelben oder gelb-grünlichen Belag bedeckt; gleichzeitig nimmt auch die Röthung der Umgebung zu, es kommt nicht selten im Bereich der entzündlich gerötheten Partien zu einem mässigen Grad von Schwellung. Hat die lokale Veränderung ihre Acme erreicht, was um den 4. bis 5. Tag der Fall zu sein pflegt, so sind gewöhnlich auch die Erscheinungen einer leichten Stomatitis — dicker, weisser Zungenbelag —, Eindrücke an den den Backzähnen entsprechenden Stellen der Zungenränder, leichte Schwellung der Lippen- und Wangenschleimhaut, verbunden mit etwas Salivation, zu constatiren. Ein deutlicher Foetor ex ore fehlt. Die Restitution erfolgt in der Weise, dass sich der Geschwürsgrund reinigt, die Entzündungserscheinungen, sowie auch die subjectiven Beschwerden nachlassen und der Gewebsdefect in ganz unmerklicher Weise gedeckt wird. Am 8.—10. Tag ist der ganze Cyclus abgelaufen. Nicht selten aber kommt es vor, dass bald — einen oder einige Tage — nach der Entstehung einer Efflorescenz sich an einer anderen Stelle der marginalen Partien der Zunge eine zweite, eventuell noch eine dritte sich bildet, und dass nunmehr gleichzeitig zwei bis drei in verschiedenen Entwickelungsstadien befindliche Erosionen (s. Fig. 2) sich präsentiren.

Die Behandlung bestand in innerlichem Gebrauch von Arsen und Eisen (in medicamentöser Form, wie in der des Roncegno-Wassers), in der Anwendung von Mundwasser (Sol. Kal. chloric., Borwasser, Sol. Alumin. acet.) und in Applikation des Argent. nitricum-Stiftes. Die Aetzungen mit letzterem bewirken ein schnelleres Verschwinden der Schmerzen. Im Uebrigen aber gelang es weder den Verlauf der einzelnen Eruptionen in wesentlicher Art zu beeinflussen, noch der Wiederkehr der Affection vorzubeugen. Auch die zeitweise constatirbare Besserung der Chlorose schien in letzterer Beziehung ohne Belang zu sein.

Tafel XXX.

Fig. 3. Acute aphthöse Stomatitis.

M. V., 15 Monate alt, Kutscherstochter aus Königsberg.

Pat. wurde der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas am 24. II. 90 mit der ärztlicherseits gemachten Mittheilung überwiesen, dass beide Eltern des Kindes seit einigen Monaten syphilitisch seien. Die Mutter der Pat. gab an, Aborte nie durchgemacht zu haben; das Kind selbst und die 4 Geschwister desselben seien bisher gesund gewesen. Bei ersterem zeigte sich am 19. II. 90 an verschiedenen Körperstellen, besonders am Rumpf, ein aus hirse- bis hanfkorngrossen, mit wässerigem Inhalt gefüllten Bläschen bestehender Hautausschlag. Schon nach 2—3 Tagen verschwanden die betreffenden von der Mutter — wohl mit Recht — für „Windpocken" (Varicellen) gehaltenen Efflorescenzen. Seit dem 21. II. 90 fing das Kind an unruhig zu werden und verweigerte die Aufnahme fester Nahrung.

Befund am 24. II. 90. Sehr gut genährtes, seinem Alter entsprechend entwickeltes Kind. An einigen Hautstellen, die nach Angabe der Mutter dem Sitz der früheren Bläschen entsprechen, kleine, blassrothe, zum Theil ein wenig vertiefte Flecke. Bei der Besichtigung der Mundhöhle sieht man, dass von den Milchzähnen bereits durchgebrochen sind: sämmtliche Incisivi und ein rechter unterer Molar. Gingiva durchweg intensiv geröthet, in der Backzahngegend oben wie unten deutlich geschwollen. Am Zahnfleisch, der Zungenspitze, der Schleimhaut der Ober- und Unterlippe 4—5 mm im grössten Durchmesser haltende, meist rundliche, theilweise aber auch unregelmässig geformte, blassgelbliche, von einem schmalen, rothen Saum umrandete Flecke. Die Oberfläche derselben liegt im Niveau der umgebenden Schleimhaut; ihre Farbe bleibt nach Abwischen mittelst eines Leinenstückes unverändert. Auf jede Berührung der Mundschleimhaut reagirt das Kind mit lebhaftem Schreien. Starke Salivation. Etwas Foetor ex ore. Mässige Schwellung der Submaxillardrüsen. Die übrigen der Betastung zugänglichen Lymphdrüsen nicht vergrössert.

Behandlung: Einpinselung mit 10%iger Lösung von Borax mehrmals täglich durch die Angehörigen und von 1%iger Solut. Arg. nitric. einmal täglich in der Poliklinik.

8. III. 90. Stomatitis ohne Hinterlassung irgend welcher Folgen abgelaufen; beide oberen Molares durchgebrochen.

Fig. 4. Soor der Mundhöhle.

K. S., 12 Tage alt, Kaufmannssohn aus Königsberg.

Der kleine Pat. war sofort nach seiner Geburt einer Arbeiterfrau in Pflege gegeben worden und wurde von dieser mit verdünnter Kuhmilch aus der mit einem einfachen Gummi-Saugpfropf versehenen Flasche ernährt. Seit dem 14. VII. 90 schrie das Kind viel und zeigte weniger Neigung zur Nahrungsaufnahme wie vordem. Man bemerkte an diesem Tage bereits einige weisse Flecke im Munde, dieselben vermehrten sich während der nächsten Tage erheblich, obschon angeblich mehrmals täglich die Mundhöhle mit in Borax-Lösung (1 Theelöffel in 1 Glas Wasser) getauchten Leinenlappen gereinigt wurde.

18. VII. 90 (Tag der Aufnahme unserer Fig. 4). Blass aussehendes, gracil gebautes Kind mit schlecht entwickeltem Panniculus adiposus, schreit viel mit etwas belegter Stimme. Faeces dünn, grün-gelblich gefärbt. Schleimhaut der Mundrachenhöhle mit nadelspitz- bis

stark hirsekorngrossen discreten, stellenweise mit umfangreicheren, unregelmässig geformten kreidig-weissen Auflagerungen bedeckt. Dieselben prominiren über die umgebende, da und dort eine mässige diffuse Röthung zeigende Schleimhaut nur wenig; sie lassen sich leicht z. B. schon durch Abwischen mittelst eines Leinwandläppchens von ihrer Unterlage entfernen, doch kommt es dabei gelegentlich zu geringer Blutung. Diese Auflagerungen sind, wie durch mikroskopische Untersuchung festgestellt wird, ausschliesslich Pilzrasen von Oidium albicans. Reaction des Mundsecretes sauer. Sonst nichts Bemerkenswerthes.

Nachdem sich bis zum 29. VII. 90 noch vereinzelte punktförmige Auflagerungen gezeigt hatten, ist Anfang August an der Mundschleimhaut nichts Abnormes mehr nachzuweisen.

Einige Wochen später Exitus letalis infolge multipler Zellgewebsabscesse.

Tafel XXX.

Fig. 1. Acute papulöse Glossitis.

Fig. 2. Chronische recidivirende Aphthen.

Fig. 3. Acute aphthöse Stomatitis.

Fig. 4. Soor der Mundhöhle.

Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

Fig. 4





Tafel XXXI.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Zunge mit pinselförmig gewucherten Papillae filiformes (im Anschluss an eine seit 20 Jahren bestehende Leukoplakie).

K. S., 60 J., Postmeister aus österr. Schlesien, bisher stets gesund. Pat. war früher starker Raucher; übermässiger Alkoholgenuss wird in Abrede gestellt. Seit 20 Jahren ist der Zungenrücken von weissen hornigen Flecken eingenommen, welche jedoch keine Beschwerden verursachten; nur hier und da verspürte Pat. Brennen auf der Zunge. Vor mehreren Wochen entwickelte sich „infolge einer scharfen Zahnecke" im vordersten Abschnitt des linken Zungenrandes ein Geschwür, welches sich vergrösserte und allmählich zu dem jetzigen Zustand führte. Ueber besondere Beschwerden hatte Pat. auch in der letzten Zeit nicht zu klagen.

14. III. 86 Aufnahme in Prof. Billroth's Klinik zu Wien. Kräftiger, seinem Alter entsprechend aussehender Mann. Die Zungenspitze ist von der in Fig. 1 abgebildeten Geschwulst eingenommen. Sie präsentirt sich als eine unregelmässig höckerige Verdickung der Zungenspitze, stellenweise exulcerirt, zum grösseren Theil aber von einer verdickten milchweissen Epithellage bedeckt. Ein höchst merkwürdiges Aussehen gewinnt das ganze Bild durch die zusammenhängende Menge colossal (5—15 mm) verlängerter Papillae filiformes, welche in Form weisser Büschel den hinteren und rechten Rand der Geschwulst umgeben. Der grösste Theil des Zungenrückens ist von einer verdickten, milchweissen, matt glänzenden Epithellage bedeckt. Der tastende Finger findet die Zungenspitze von einem härtlichen, nicht gut abgrenzbaren Tumor eingenommen. Im Uebrigen in der Mundhöhle, insbesondere auch an den Zähnen nichts Bemerkenswerthes. — Keine nachweisbaren Drüsen.

22. III. 86. Keilexcision der erkrankten Partie der Zunge (ohne Unterbindung der Art. ling.); vollständige Naht. — Glatte Heilung. — Weiteres Schicksnl des Kranken unbekannt.

Mikroskopischer Befund: Plattenepithelkrebs. Die früher beschriebenen verlängerten Papillen besitzen einen bis 2 mm langen bis 1 mm dicken, bindegewebigen Grundstock, welcher die in den höheren Lagen verhornten Epithelfortsätze trägt. Zwischen den einzelnen Papillen senken sich mächtige Epithelzapfen in die Tiefe.

Die Abbildung und Krankengeschichte dieses Falles verdanken wir der Güte des Herrn Hofrathes Prof. Billroth.

Fig. 2. Leukoplakie der Zunge (Psoriasis linguae).

K. K., 62jähriger Kaufmann, sonst gesund. Seit einer Reihe von Jahren entwickelten sich ganz allmälig die jetzt bestehenden weissen Flecke auf dem Zungenrücken. Anfangs hatte Pat. keinerlei Beschwerden und schenkte diesem Zustande keine Aufmerksamkeit. Seit 2—3 Jahren leidet er aber an schwer definirbaren schmerzhaften Empfindungen in der linken Zungenhälfte. Während die Berührung und selbst starker Druck der Zunge gar nicht schmerzhaft sind, fühlt er sich beim Sprechen und Essen, überhaupt bei jeder Bewegung der Zunge, durch ein schmerzhaftes Ziehen in derselben behindert. Sehr häufig treten die Schmerzen auch spontan auf, zumal wenn Pat. allein ist; in Gesellschaft vergisst er sein Leiden in der Regel vollständig. Pat. zeigt im Ganzen eine hypochondrische Gemüthsstimmung; in freien Stunden denkt er nur an sein Leiden und bildet sich alle möglichen Krankheiten ein. Er hat zahlreiche Aerzte consultirt, hat verschiedenartige Mittel und Kuren versucht, ohne dauernde Hilfe zu finden. (Leider fehlt im poliklinischen Journal die Angabe, ob Pat. syphilitisch inficirt und ob er Raucher war.)

Am 7. II. 89 stellte sich Pat. in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas vor. Bei dem gut genährten, seinem Alter entsprechend aussehenden Mann lassen sich sonst keine pathologischen Veränderungen nachweisen. Auf dem Rücken der etwas breiter aussehenden Zunge zeigen sich die in Fig. 2 abgebildeten Flecke; sie sind von milchweisser Farbe, durch zahlreiche, dunkler gefärbte Längs- und Querstreifen deutlich facetirt und zeigen einen eigenthümlichen matten Glanz, wodurch sie sich von der sammetartigen, normal gerötheten Umgebung scharf abheben. Der zart darüberstreichende Finger empfindet deutlich die auffallende Glätte der erkrankten Schleimhautpartie; bei derberem Zufühlen sind dagegen keine Unterschiede in der Consistenz zu finden. Beide Seitenränder der Zunge zeigen leichte Einkerbungen von Zahneindrücken. (Dieselben rühren zum Theil offenbar daher, dass Pat., um die unangenehmen Empfindungen nicht wachzurufen, ängstlich bemüht ist, die Zunge absolut unbeweglich ruhen zu lassen.)

Fig. 3. Leukoplakie der Zunge (Psoriasis linguae).

H. R., 56jähriger Kaufmann aus Ostpreussen, war als Kind sehr nervös und zu Ohnmachten geneigt. Als junger Mann litt er häufig an Furunkeln. 1857 acquirirte er einen syphilitischen Schanker und musste sich einer antisyphilitischen Kur unterziehen. Später litt er wiederholt an Geschwüren und Ausschlägen, welche nach Gebrauch von Jodkalium, Decoct. Zittmanni und Quecksilberpräparaten heilten. Vor mehreren Jahren stellten sich heftige Kopfschmerzen, Druck in den Augen und Sehschwäche des linken Auges ein. Die Erscheinungen schwanden nach Gebrauch von Jodkalium. Dieselben Zustände wiederholten sich vor einem Jahre; dazu gesellte sich Gedankenschwäche, Schlaflosigkeit, völlige Unfähig-

keit zu geistiger Arbeit. In dieser Zeit bemerkt Pat. zum ersten Male schmerzhafte Empfindungen in der linken Zungenhälfte beim Essen, Sprechen und allen Zungenbewegungen; bei Besichtigung im Spiegel fand er weisse Flecke auf dem Zungenrücken, welche schon damals einen beträchtlichen Umfang hatten und sich dann allmälig zur jetzigen Ausdehnung vergrösserten.

In diesem Zustande stellte sich Pat. im December 1889 in der Sprechstunde eines der Herausgeber dieser Atlas vor. An dem gut genährten, sonst wohl aussehenden Pat. zur Zeit keine sonstigen krankhaften Veränderungen nachzuweisen (Urin von normaler Beschaffenheit, keine Zeichen florider Lues); am Rumpf und den Extremitäten zahlreiche grössere und kleinere, meist oberflächliche, vielfach pigmentirte Narben. Die Oberfläche des Zungenrückens zeigt linkerseits die in Fig. 3 abgebildete Verfärbung. Ein unregelmässig geformtes Netz von breiteren und schmäleren milchweissen Streifen umschliesst kleine Inseln von mehr oder weniger lebhafter Rosafärbung. Die ganze Partie hat einen matten Glanz; infolge dessen hebt sie sich, von der Seite gesehen, in toto von der normalen, leicht belegten Umgebung der Zungenoberfläche ab. Die Grenzen zwischen normal aussehender und milchig verfärbter Schleimhaut sind verwischt. Bei leiser Berührung, weniger bei stärkerem Druck ist die veränderte Partie empfindlich; am stärksten sind sowohl bei Berührung, als auch spontan die Schmerzen am Zungenrande. Unterschiede in der Consistenz sind bei der Betastung nicht zu finden. — Pat. war bisher starker Raucher; er ist seit 12 Jahren schwerhörig.

Therapie: Innerlich Kal. jodat. und Natr. bromat. ana 1,0 pro die; local Einpinselungen mit Cocainlösungen; häufige Reinigung des Mundes mit leichten antiseptischen Lösungen. Im Verlauf von circa 2 Monaten schwinden alle Erscheinungen fast vollständig; Pat. fühlt sich geistig und körperlich wieder völlig leistungsfähig. Nur der Zustand der Zunge verändert sich wenig; zeitweise verschlimmert er sich sogar, und zwar dadurch, dass am Zungenrande linsengrosse, ganz oberflächliche Excoriationen auftreten, welche besonders schmerzhalt sind; dieselben heilen nach Verlauf von 1—2 Wochen in der Regel spontan. Die Heilung wird durch täglich einmaliges Bepinseln mit Höllensteinlösung beschleunigt. Bis Ende Juli 1890 ist der Zustand im Wesentlichen unverändert geblieben.

Tafel XXXI.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Zunge mit pinselförmig gewucherten Papillae filiformes (im Anschluss an eine seit 20 Jahren bestehende Leukoplakie).

Fig. 2. Leukoplakie der Zunge (Psoriasis linguae).

Fig. 3. Leukoplakie der Zunge (Psoriasis linguae).

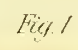


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 1 F. Merxner. [illegible]

[illegible]



Tafel XXXII.

Fig. 1. Druckgeschwür der Zunge (Decubitalgeschwür).

F. T., 63jähriger Landmann aus Ostpreussen, hereditär nicht belastet, bisher stets gesund. Vor 3—4 Wochen verspürte Pat. beim Essen Schmerz am rechten Zungenrande; beim Zufühlen bemerkte er an der schmerzhaften Stelle ein stecknadelkopfgrosses Knötchen. Dieses wuchs seit dieser Zeit stetig und soll nach 2 Wochen wund geworden sein. Erst in der letzten Zeit machte er die Wahrnehmung, dass das Knötchen beim Berühren der scharfen Kante eines schadhaften Mahlzahnes besonders schmerze. Der zu Rathe gezogene Arzt hat mehrfach, jedoch ohne Erfolg, Pinselungen mit Höllenstein vorgenommen.

17. I. 90 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Bei dem sonst gesunden Mann findet sich im hintersten Abschnitte des rechten Zungenrandes ein bohnengrosser, zur Hälfte über das umgebende Niveau hervorragender derber Knoten; dem vorderen Pole entsprechend sitzt ein linsengrosses, kraterförmiges Geschwürchen mit missfarbigem, schmutziggelblichem Grunde. Der hintere Rand des Geschwürchens ist aufgeworfen, dunkler geröthet als die Umgebung, der vordere flache Rand von einer zarten jungen Narbe umsäumt. Wird die Zunge vorgestreckt, so correspondirt dem beschriebenen Geschwür der Lage nach genau eine scharfe Kante des cariösen rechten Weisheitszahnes.

Extraction des cariösen Zahnes, Verordnung von Borlösung zur Reinigung des Mundes. — Nach schriftlichem Bericht des Pat. heilte das Geschwür ohne weitere Massnahmen in wenigen Wochen. Die Heilung wurde noch ein halbes Jahr später constatirt.

Fig. 2. Circumscripte entzündliche Infiltration der Zunge (eine Geschwulst vortäuschend).

A. P., 42jähriger Landmann aus Ostpreussen, will bisher stets gesund gewesen sein. Vor 14 Tagen stellten sich am linken Zungenrande heftige Schmerzen beim Essen und Sprechen ein; Pat. fand an der schmerzhaften Stelle eine umschriebene, bei Druck empfindliche Verhärtung. Diese nahmen rasch an Grösse zu, so dass sich daraus binnen 10 Tagen eine fast taubeneigrosse Geschwulst entwickelte. Nach weiteren 4 Tagen entleerte sich spontan eine geringe Menge blutig-eitriger Flüssigkeit, worauf die Schmerzen nachgelassen haben und die Geschwulst selbst etwas abgeschwollen sein soll.

22. I. 90 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Bei dem mässig genährten, sonst gesund aussehenden Pat. finden sich weder in den inneren Organen, noch sonst irgendwo krankhafte Veränderungen. Am linken Zungenrande, in der Mitte zwischen Zungenspitze und Zungenwurzel findet sich eine fast haselnussgrosse Anschwellung von derber Con-

sistenz; der tastende Finger findet dieselbe gegen die weiche Umgebung ziemlich scharf abgegrenzt. Das Centrum der Geschwulst ist von einem etwas vertieften, 6—8 mm im Durchmesser haltenden Epitheldefect eingenommen. Der Grund desselben ist von schmutzig graugelbem Gewebe gebildet, seine Ränder sind leicht geröthet und, besonders nach hinten, wallartig aufgeworfen. In der weiteren Umgebung fehlen entzündliche Erscheinungen vollständig. Mässige Druckempfindlichkeit. Die unteren Mahl- und Backenzähne der betreffenden Seite theils fehlend, theils cariös; doch findet sich hier nirgends eine scharfe Kante oder Spitze. — Submaxillardrüsen nicht tastbar.

Die mikroskopische Untersuchung eines kleinen excidirten Stückes ergiebt die Zeichen einer entzündlichen Infiltration ohne anderweitige charakteristische Veränderungen.

Ord.: Bepinselung des „Geschwürs" mit 50%iger Milchsäure. Pat. wurde mit der Weisung, diese Behandlung zu Hause fortzusetzen, nach wenigen Tagen entlassen. Einem späteren Bericht zufolge trat nach dreiwöchentlicher Behandlung vollständige Heilung ein. Dieselbe wurde noch ein halbes Jahr später von Herrn Dr. Bosse konstatirt; an der betreffenden Stelle war eine Narbe kaum zu erkennen.

Fig. 3. Abscess am Zungenrücken.

A. B., 20jähriger Arbeiter aus Ostpreussen. Bei dem sonst gesunden Pat. entwickelte sich seit 10 Tagen ohne bekannte Veranlassung eine schmerzhafte Anschwellung der Zunge, welche insbesondere den Zungengrund und -Rücken einnahm und das Schlucken und Sprechen erschwerte. Als Pat. am 3. XII. 89 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas Hilfe suchte. wurde die in Fig. 3 abgebildete Veränderung constatirt: Die Zunge in toto etwas geschwollen; längs der Mitte des Zungenrückens zieht sich fast bis an den Zungengrund eine längliche, flachhöckerige, ziemlich scharf umschriebene Geschwulst; die Schleimhaut darüber an den prominenteren Stellen lebhaft geröthet und gespannt, an einer kleinen umschriebenen Stelle im vordersten Abschnitt gelblich verfärbt. Die bei Berührung mässig schmerzhafte Geschwulst fluctuirt deutlich. Ein in der Mittellinie gemachter Schnitt entleert etwa einen halben Theelöffel gelben, rahmigen Eiters. — Ueber das weitere Schicksal des Pat. konnte nichts eruirt werden.

Tafel XXXII.

Fig. 1. Druckgeschwür der Zunge (Decubitalgeschwür).

Fig. 2. Circumscripte entzündliche Infiltration der Zunge (eine Geschwulst vortäuschend).

Fig. 3. Abscess am Zungenrücken.

Tafel XXXII

Fig. 1

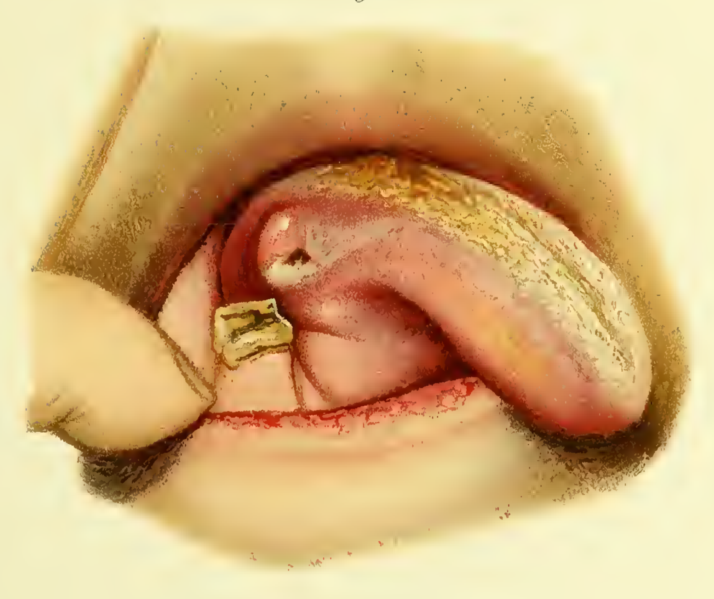
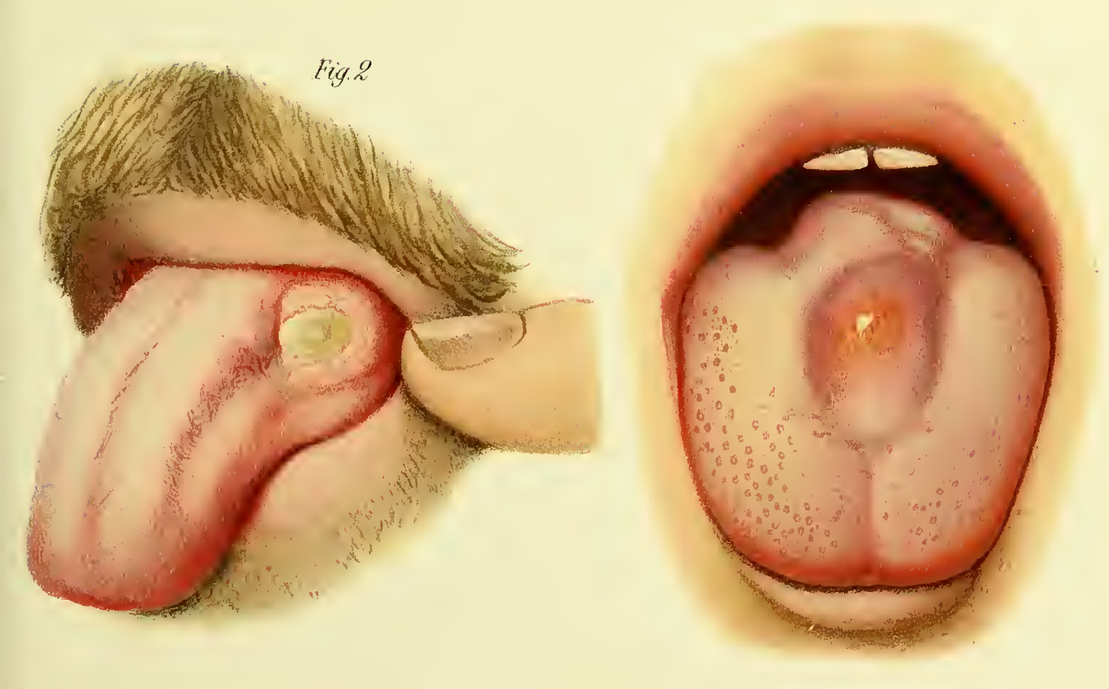


Fig. 2

Fig. 3



K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin.



Tafel XXXIII.

Fig. 1, 2, 3 und 4. Tuberculose der Zunge. (Gutartige Form.) (Fig. 1 und 2 stellen das Anfangsstadium, Fig. 3 ein späteres Stadium nach 3 Jahren bei derselben Patientin dar; in Fig. 4 ist die Zunge in geheiltem Zustande nach weiteren 4½ Monaten abgebildet.)

B. Z., 31jährige Kahn-Rhedersfrau aus Ostpreussen, hereditär nicht belastet. Pat. hat als Kind die Masern überstanden, sonst war sie bis auf die jetzige Erkrankung stets gesund. Sie ist regelmässig menstruirt und hat in 16jähriger Ehe 2 normale Puerperien durchgemacht: ein Kind soll einer Lungenentzündung erlegen sein, das andere ist am Leben und gesund. Im Februar 1887 bemerkte Pat. zum ersten Male an beiden Zungenrändern „Bläschen", welche sich nach einiger Zeit in sehr schmerzhafte „Risse" umwandelten. Da die vom Arzt verordneten Pinselungen und Mundwässer erfolglos blieben, wandte sie sich im October 1887 an einen der Herausgeber dieses Atlas. Bei der gut genährten und gesund aussehenden Pat. sind sonstige krankhafte Veränderungen nicht nachzuweisen; namentlich ergiebt die Untersuchung der Brustorgane einen normalen Befund. An der vorgestreckten Zunge sieht man die in Fig. 1 und 2 abgebildeten Veränderungen. An beiden Zungenrändern finden sich theils quer, theils längs verlaufende, unregelmässig verzweigte und mit einander communicirende Rhagaden, welche die Schleimhaut 2—5 mm tief durchsetzen. Die Ränder sind an einzelnen Stellen scharf, wie ausgenagt; drängt man sie hier auseinander, so kommt ein spaltförmiges, von gelblich-grauem, missfarbigem Gewebe ausgekleidetes Geschwür zum Vorschein; an anderen Stellen sind die Ränder mehr gewulstet, die dazwischen liegende Spalte flacher, stellenweise vernarbt. Beide Zungenränder fühlen sich im Bereiche der Rhagaden derb und verdickt an; sie sind mässig druckempfindlich. — Therapie: oberflächliche Verschorfung der Rhagaden mit dem Thermocauter.

Da auch hiermit nur vorübergehende Besserung erzielt wurde, entzog sich Pat. jeder weiteren ärztlichen Behandlung, obwohl der Zustand sich stetig verschlimmerte und sowohl beim Essen, als auch beim Sprechen, oft auch im Zustande der Ruhe, quälende Schmerzen auftraten. Erst im Juni 1890 entschloss sie sich auf besondere Aufforderung abermals, nach Königsberg zu kommen, woselbst sie in der chirurgischen Klinik Aufnahme fand.

Am 11. VI. 90 wurde daselbst folgender Status notirt: Gutgenährte Frau von etwas anämischer, aber sonst gesunder Gesichtsfarbe. Die Untersuchung der Brustorgane ergiebt vollkommen normale Verhältnisse. Keine Drüsenschwellung. Hämoglobingehalt 70% (mit v. Fleischl's Hämometer). Die Zunge (Fig. 3) ist im Ganzen erheblich vergrössert, besonders in der Breitenausdehnung; sie fühlt sich derb an. An der Zungenspitze sind an einer kleinen

umschriebenen Stelle die Papillae filiformes in Form eines weisslichen Rasens deutlich erhalten; daran grenzt eine 1—2 cm breite, unregelmässig begrenzte Partie des Zungenrückens, welche von ganz glatter, etwas verdickter und indurirter Schleimhaut überzogen ist (Narbe). Im Uebrigen stellt der ganze Zungenrücken bis an die Papillae circumvalatae ein flaches Geschwür mit gelblich-grünlichem, missfarbigem Grunde dar, aus welchem sich zahlreiche bis hirsekorngrosse, zum Theil confluirende, blassröthliche Knötchen erheben. Im hintersten Abschnitte des Geschwürs findet sich ein Y-förmiger 10 mm langer Spalt, dessen Grund und Ränder denselben gelblich-grünlichen Belag zeigen. Die gleichfalls geschwürig zerfallenen Zungenränder zeigen tiefe Einschnitte und Einkerbungen. Die Unterfläche der Zunge ist von normaler Schleimhaut überzogen; auch im Uebrigen zeigt die Schleimhaut der Mundhöhle nirgends sichtbare Veränderungen.

13. VI. 90. In der Chloroformnarkose wird die erkrankte Partie der Zunge zunächst energisch mit dem scharfen Löffel abgekratzt; die Geschwürsränder und einzelne am Geschwürsgrunde hängende Gewebsfetzen werden mit der Hohlscheere abgetragen. Dann wird die ganze Wundfläche ebenso energisch mit dem Thermocauter verschorft. Mässige Blutung. Da die Reaction, zumal die Anschwellung der Zunge geringfügig ist, wird Pat. auf eigenen Wunsch nach 3 Tagen in die Heimath entlassen. Es erfolgt innerhalb 4 Wochen vollständige Heilung und Vernarbung.

Fig. 4 bildet die Zunge in geheiltem Zustande 4½ Monate nach der Operation ab.

Mikroskopischer Befund (Dr. Ortmann): Kleinste, durch Excision der Geschwürsränder gewonnene Stückchen der Zungenoberfläche zeigen die subepithelialen Schleimhautschichten durchsetzt von einem Granulationsgewebe; innerhalb desselben Herde von epitheloiden Zellen mit vereinzelten Schüppel-Langhans'schen Riesenzellen. Entsprechend den Geschwürsrändern und dem Grunde fehlt das Epithel; es liegt ein Granulationsgewebe vor, dessen oberflächliche Schicht zum Theil kernfrei, nekrotisirt ist. Gegen die Musculatur der Zunge dringen ebenfalls Herde von Granulationsgewebe; die einzelnen Muskelbündel durch kleinzellig entzündliche Infiltration auseinandergedrängt; in deren Umgebung zahlreiche weite Lymphgefässe. Die Untersuchung auf Tuberkelbacillen, an zahlreichen Schnitten vorgenommen, war erfolglos.

Tafel XXXIII.

Fig. 1, 2, 3 und 4. Tuberculose der Zunge (Gutartige Form). (Fig. 1 und 2 stellen das Anfangsstadium, Fig. 3 ein späteres Stadium nach 3 Jahren bei derselben Patientin dar; in Fig. 4 ist die Zunge in geheiltem Zustande nach weiteren 4½ Monaten abgebildet.)

Tafel XXVIII

Fig. 1



Fig. 2

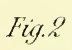




Fig. 3



Fig. 4



K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin.



Tafel XXXIV.

Fig. 1. Miliartuberculose der Zunge.

L. L., 36 J. alt, Kaufmann aus Russland.

Pat. giebt an, aus gesunder Familie zu stammen; sein Vater starb im Alter von einigen siebzig, seine Mutter im 69. Lebensjahre; vier Geschwister leben und sind gesund. Der Kranke selbst will, abgesehen von einer im Jahre 1883 durchgemachten Gonorrhoe mit rechtsseitiger Epididymitis, bis zum Sommer 1890 gesund gewesen sein. Um diese Zeit erkrankte er unter Kopfschmerzen, Hitze und Frost. sowie Nachtschweissen. Einige Wochen später erst stellte sich eine geringe Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Zunge ein. Diese Erscheinungen steigerten sich während der nächsten Wochen allmälig. Erst nachdem die Schmerzen so heftig geworden waren, dass Pat. sich beim Sprechen, wie bei der Nahrungsaufnahme wesentlich behindert fühlte und seine Nachtruhe durch Brennen im Munde gestört wurde, suchte er ärztlichen Rath; er wurde in seiner Heimath mit Einpinselungen von Sublimat 1:1000, später von Acid. carbol., Acid. tannic. ana 4,0, Glycerin 60,0 behandelt; auch der innerliche Gebrauch von Jodkalium (6,0 : 180, 3mal täglich einen Esslöffel) war verordnet und eine chirurgische Therapie versucht worden; bezüglich der letzteren weiss Pat. nur mitzutheilen, dass sie in Einstichen bestanden habe, sehr schmerzhaft gewesen sei und den Zustand verschlimmert habe. Anfang November 1890 traf L. L. in Königsberg ein.

Der erste Arzt, dem er sich hier präsentirte, verordnete Sol. Alumin, acet. als Mundwasser. Auf Vorschrift eines zweiten Arztes hat Pat. seit dem 13. XI. 90 Sublimat-Pillen (0,15 Hydrarg. bichlorat. corrosiv. auf 30 Pillen, 3mal täglich 1 Pille) gebraucht und den erkrankten Theil der Zunge mit Balsam. peruvian. eingepinselt; er war mit dem Erfolg dieser Behandlung durchaus zufrieden, da im Verlaufe der letzten Woche die früher vorhandenen Beschwerden sich erheblich besserten.

Am 22. XI. 90 hatte einer der Herausgeber dieses Atlas durch die Güte des Herrn Prof. Jaffe Gelegenheit, den Kranken genauer zu untersuchen. Man fand einen schwächlich gebauten Mann von blasser Gesichtsfarbe. Er gab an, von dem im Munde sich ansammelnden Schleim belästigt zu werden, sonst aber keine besonderen Beschwerden mehr zu haben; sein Appetit und Schlaf liessen nichts zu wünschen übrig, die Nahrungsaufnahme sei nicht mehr mit Schmerzen verbunden. Husten zu haben, stellt Pat. auf Befragen in Abrede. Einen offenbar veränderten, schwerfälligen, lallenden Charakter bietet die Sprache des Pat. dar. Der Mund wird dauernd ein wenig offen gehalten. Die vordere Zungenhälfte um mindestens ein Drittel ihres normalen Umfanges verdickt, überragt mit ihrer Spitze ein wenig die Unterzähne und macht beim Sprechen nur geringe Excursionen. Der Schleimhautüberzug dieser geschwollenen Partie ist tief roth gnfärbt, an der Zungenspitze und den angrenzenden Theilen

der Zungenränder von mohnkorn- bis linsengrossen, unregelmässig umrandeten, seichten Geschwüren, oder nadelspitzen-grossen, dicht bei einander stehenden, das Niveau der Umgebung kaum überragenden grauröthlichen Knötchen besetzt. An einzelnen Stellen sieht der Zungenrand wie ausgenagt aus. Am rechten Zungenrande findet sich ein grösseres, ca. 8 mm langes, 4—5 mm breites, 2 mm tiefes Ulcus. Der Grund desselben ist mit gelb-grünlichem, ziemlich zähem Secret bedeckt. Ihrer epithelialen Decke beraubt und in eine diffuse Geschwürsfläche von feingranulirtem, theils hochrothem, theils gelblichem Aussehen umgewandelt ist die gesammte Unterfläche der Zungenspitze, und zwar prävalirt in der Farbe dieser Excoriation an den centralen Partien mehr das rothe, in den peripherischen mehr das gelbliche Colorit. Bei Loupen-Vergrösserung erkennt man, dass auch die Stellen, welche den Totaleindruck einer gerötheten Fläche hervorrufen von zahlreichen ganz feinen, graugelben Pünktchen durchsetzt sind. In der Marginalzone erreichen die gelben Flecke vielfach einen grösseren Umfang und können hier schon mit unbewaffnetem Auge erkannt werden; da und dort confluiren sie mit einander oder sind doch in so grosser Zahl vorhanden, dass man erst bei genauerer Betrachtung wahrnimmt, dass die betreffenden, im ersten Augenblick gleichmässig gelb erscheinenden Flächen sich aus Einzelinfiltraten zusammensetzen.

Gegen die noch mit Epithel bedeckte Schleimhaut grenzt sich die Ulceration an ihren hinteren und unteren Theilen mit einem schmalen, landkartenartig ausgezackten, nicht erhabenen, gelben Saume ab. Frenulum linguae und Schleimhaut des Mundbodens geröthet und in mässigem Grade geschwollen. — Am hinteren Theil der Zunge keine Veränderung. Auch die sonstige Untersuchung der Mundrachenhöhle, sowie die laryngoskopische Besichtigung des Kehlkopfinnern ergiebt nichts Abnormes. Rechts einige haselnussgrosse Cervicaldrüsen; die übrigen der Palpation zugänglichen Lymphdrüsen nicht vergrössert.

Bei der Untersuchung der Lungen wird in der rechten Supraclaviculargrube und ebenso in der rechten Fossa supraspinata eine deutliche Dämpfung constatirt, hinten setzt sich dieselbe in schwächerem Grade bis in die Höhe des 5. Brustwirbels fort. Die Auscultation ergiebt rechts vorn oben unbestimmtes, rechts hinten oben deutlich bronchiales Athmen. Im 2. Intercostalraum bei tiefer Inspiration zeitweise Blasenspringen.

Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Bemerkenswerthes. — Von dem Belag des an der Unterfläche der Zunge befindlichen Geschwürs wird mit einem kleinen scharfen Löffel etwas abgekratzt und mittelst des Deckglastrockenpräparatverfahrens in bekannter Weise auf Tuberkelbacillen untersucht. Dabei zeigt es sich, dass solche in nicht unbeträchtlicher Zahl in den Gewebspartikelchen der betreffenden (mit Carbolfuchsin und Methylenblau gefärbten) Präparate enthalten sind, während im Mundschleim sich Tuberkelbacillen nicht auffinden lassen.

Leider entzog sich der Kranke der weiteren Beobachtung.

Fig. 2. Serpiginöses Schleimhaut-Syphilid (sog. Lupus syphiliticus) der Mundrachenhöhlen, besonders der Zunge (Glossite scléreuse [Fournier]).

R. H., 45 J. alt, Gastwirthin aus Königsberg.

Früher stets gesund, hereditär nicht belastet; seit 12 Jahren in kinderloser Ehe verheirathet. Aborte hat Pat. nie durchgemacht. Im Frühjahr 1888 wurde Frau H. von ihrem Ehemann mit Syphilis inficirt; die ersten Krankheitserscheinungen bestanden in Kopfschmerzen, rheumatoiden Schmerzen in den Knochen, besonders im Brustbein, Wundsein an den Geschlechtstheilen, Hautausschlag im Gesicht und an der Volarfläche der rechten Hand. Der zu Rath gezogene Arzt verordnete Bäder, sowie Einreibungen und örtliche Behandlung. Der Zustand besserte sich im Verlauf der Kur, doch traten bald darauf neue Krankheitserschei-

nungen an der Haut und in der Mundrachenhöhle auf, die unter wiederholter Anwendung von Mercurialien (Einreibungen, Pillen) zwar verschwanden, jedoch nach kurzer Zeit wieder kehrten.

Am 19. IV. 89 suchte Pat. zum ersten Male bei einem der Herausgeber dieses Atlas Rath. Man fand eine kräftig gebaute, mässig genährte, blass aussehende Frau. Patientin klagt über starke Halsschmerzen, die sich bei der Nahrungsaufnahme steigern und seit einigen Wochen die Aufnahme fester Nahrung unmöglich machen. Die Untersuchung ergab als Ursache dieser Beschwerden das Vorhandensein eines etwa 50Pfennigstück-grossen, ziemlich tiefen, steilrandigen Geschwürs am Velum, nahe der Wurzel des Zäpfchens. Der Grund der Ulceration war mit eitrigem Belag bedeckt, seine Umgebung geröthet und geschwollen. Ausserdem bestand ein impetiginöses Syphilid der Kopfhaut und Polyadenitis. Unter energischer, wochenlang fortgesetzter allgemeiner und örtlicher Behandlung (Innunctions-Kur, Jodkalium. Einpinselung mit Sublimatlösung) heilte allmälig die Ulceration am weichen Gaumen. wie der Ausschlag der Kopfhaut, erstere mit Hinterlassung einer flachen Narbe. — Nach einigen Monaten (im Herbst 1889) stellte sich Pat. jedoch von Neuem mit einer rechts von dem geheilten Geschwür befindlichen flacheren und unregelmässiger begrenzten Ulceration am hinteren Theil des Velums vor. Behandlung: Innunctions-Kur und Jodkalium, örtlich: Einpinselung mit 15 %igem Menthol-Oel und nachfolgende Jodoform-Insufflation. Heilung erfolgte erst nach etwa 8 Wochen.

Im Laufe der nächsten Monate neue hartnäckige Geschwürsprocesse im Bereich der rechtsseitigen Gaumenbögen, dann der rechten Seite des Zungengrundes, und zwar der Art, dass, wenn der Process an einer Stelle abgelaufen war, er an der anderen von Neuem auftauchte. Seit Herbst 1890 zeigte fast der ganze hintere Theil der Zunge krankhafte Ver änderungen, die sich nunmehr nicht blos als Geschwürsbildung, sondern ausserdem in der Form röthlicher, hirsekorn- bis linsengrosser Erhabenheiten von körnigem Gefüge an der Zungenoberfläche präsentirten. Im November 1890 wurden einige solche Excrescenzen excidirt und dem pathologischen Institut der Universität zur histologischen Untersuchung übergeben. Der Befund war: Granulationsgewebe ohne Riesenzellen und ohne reichlicheren Gehalt an epithelioiden Zellen. Die Untersuchung auf Tuberkelbacillen lieferte ein vollkommen negatives Resultat.

Uebrigens nahm Pat. seit dem Frühjahr 1890 ärztlichen Rath nur in sehr unregelmässiger Weise in Anspruch, gebrauchte jedoch, wenn ihre Schmerzen zu unerträglich wurden, auf eigene Hand Jodkalium; Besserung der Beschwerden pflegte der Anwendung dieses Medicaments stets zu folgen.

25. IV. 91 (Zeit der Aufnahme unseres Bildes). Das Allgemeinbefinden der Pat. lässt — abgesehen von den wiederum vorhandenen „Schmerzen im Munde und Halse" — nichts zu wünschen übrig. Gesichtsfarbe zur Zeit frisch; Panniculus adiposus gut entwickelt. Zungenspitze von normalem Aussehen; am vorderen medianen Theil der Zungenoberfläche eine unregelmässig begrenzte, mit gelbem Belag bedeckte, flache Ulceration; nach Abtupfen des Secretes zeigt der Geschwürsgrund ein grau-röthliches, fein-höckeriges Aussehen, am vorderen Theil der Zungenoberfläche rechterseits zwei mit transversalen Seitenabzweigungen versehene, in vorwiegend sagittaler Richtung verlaufende, nach hinten convergirende, ulceröse Furchen. Ihre Ränder sind stellenweise wulstig verdickt, grösstentheils jedoch steil und mit gelben Auflagerungen umsäumt. — Weiter rückwärts bieten die medianen Partien der Zungenoberfläche ein hügeliges Aussehen dar; dasselbe ist bedingt durch eine Anzahl linsen- bis erbsengrosser Prominenzen, welche die Raphe der Zunge zu beiden Seiten umgeben. Diese Erhabenheiten zeigen die Farbe normaler Schleimhaut; ihre Consistenz ist mässig derb. Am hinteren Theile des Velums rechterseits, sowie an den rechtsseitigen Gaumenbögen ist die Schleimhaut atrophisch, von sehnig gefärbten Narbenzügen durchsetzt,

Glossoskopisch wird constatirt, dass die Zungenschleimhaut bis nahe an die Epiglottis hin, besonders linkerseits in mehr diffuser Weise verdickt und oberflächlich stellenweise ulcerirt ist. Submentalgegend und Submaxillargegend auf Druck empfindlich, Anschwellung daselbst nicht deutlich nachweisbar; rechts unten eine bohnengrosse Cervicaldrüse. Die Untersuchung des übrigen Körpers ergiebt nichts Bemerkenswerthes.

26. 4. 91. Die exulcerirten Partien der Zunge werden mit dem scharfen Löffel ausgeschabt und darauf mit dem Thermocauter verschorft. Die mikroskopische Untersuchung der durch das Evidement entfernten Massen im pathologischen Institut ergiebt auch diesmal nicht den geringsten Anhaltepunkt für die Diagnose einer Schleimhauttuberculose.

9. VI. 91. Nach Gebrauch von 40 grm Jodkalium sind die Ulcerationen grösstentheils geheilt und dementsprechend die Beschwerden verringert.

Fig. 3. Tuberculose der Zunge.

Die vorliegende Abbildung fand sich in der Sammlung der Königlichen chirurgischen Klinik zu Königsberg mit der Bezeichnung: „Tuberculose der Zunge“ (No. 218, Otto Prang), sie stammt aus der Zeit des Herrn Geheimen Medizinalrath Prof. Schoenborn. Leider gelang es nicht, die Krankengeschichte oder anderweitige Aufzeichnungen über den Fall aufzufinden. Trotzdem glaubten wir nicht auf die Wiedergabe des Bildes verzichten zu dürfen, da es sich um einen typischen und diagnostisch unzweifelhaften Fall handelt.

Tafel XXXIV.

Fig. 1. Miliartuberculose der Zunge.

Fig. 2. Serpiginöses Schleimhaut-Syphilid (sog. Lupus syphiliticus) der Mundrachenhöhle, besonders der Zunge (Glossite scléreuse [Fournier]).

Fig. 3. Tuberculose der Zunge.

Tafel XXXIV

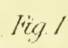




Fig. 2



Fig. 3



Fig. 1 2 K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst., Berlin



Tafel XXXV.

Fig. 1. Schwarze Zunge. (Schwarze Haarzunge.)

S. M., 4jähriges Mädchen aus Krakau.

Pat. war bis auf einen leicht verlaufenden Keuchhusten bisher gesund. Vor 8 Tagen bemerkte die Mutter auf dem Zungenrücken des Kindes einen schwarzen Fleck, welcher sich in den nächsten Tagen rasch vergrösserte. Als Pat. am 8. VII. 90 in der chirurgischen Klinik zu Krakau vorgestellt wurde, bot die Zunge das in Fig. 1 wiedergegebene Bild dar. Die tintenschwarz gefärbte Partie des Zungenrückens erhebt sich um wenige Millimeter wie ein niedriger, scharf begrenzter Rasen über das umgebende Niveau. Der Rasen wird von borstenartigen, dicht an einander gereihten, bis $^{1}/_{2}$ cm langen, nach vorn gerichteten Fäden gebildet. Diese lassen sich an den Rändern des Rasens mit der Sonde leicht abkratzen. — Es werden Waschungen mit Kali chloricum-Lösung verordnet; unter dieser Behandlung schwindet der Fleck in wenigen Tagen. Nach Angabe der Mutter soll sich nach einigen Monaten an derselben Stelle ein mehr bläulicher Fleck gezeigt haben, der nach einigen Waschungen mit Kali chloricum rasch wieder verschwand. Später hat sich der Zustand nicht wiederholt. Bei einer Untersuchung am 27. II. 91 konnte constatirt werden, dass an der betreffenden Stelle die Papillae filiformes stärker als normal entwickelt sind.

Die mikroskopische Untersuchung der abgeschabten Massen ergab, dass die schwarzgefärbte Substanz in der Hauptmasse aus Epithelien bestand, welche einen handschuhförmigen Abguss der hypertrophischen Papillen darstellten. Ausserdem fanden sich verschiedene Mikroorganismen, unter anderen Mycelien, welche jedoch nichts Charakteristisches darboten. Culturen wurden nicht angelegt.

(Die Abbildung und Krankengeschichte des Falles verdanken wir der besonderen Güte des Herrn Prof. Dr. Rydygier in Krakau.)

Fig. 2. Gestieltes Sarkom des Zungenrückens.

A. P., 24 J. alt, Bäuerin aus Ostpreussen.

Ohne bekannte Ursache entwickelte sich vor etwa 3 Monaten ein stecknadelkopfgrosses Knötchen auf dem Zungenrücken. Es wuchs von da an beständig bis zur jetzigen Grösse. Die Geschwulst war stets schmerzlos und hinderte weder beim Essen noch beim Sprechen. Nur kam es leicht zu ziemlich starken Blutungen, wenn der Knoten bei unvorsichtigen Kaubewegungen durch die Zähne verletzt wurde. Aus diesem Grunde suchte Pat. Hilfe in der chirurgischen Klinik zu Königsberg.

10. II. 90. Circa 1 cm hinter der Zungenspitze sitzt auf dem Zungenrücken pilzförmig eine flache Geschwulst von etwa $1^{1}/_{2}$ cm Querdurchmesser. Sie erhebt sich im Ganzen 1 cm über den Zungenrücken; ihre Oberfläche ist uneben, von einem dicken weisslich-grauen Belag

überzogen; die Ränder an einzelnen Stellen leicht eingekerbt. An dem kurzen, etwa 5 mm im Durchmesser haltenden Stiel lässt sich der Knoten nach allen Richtungen wenden. Consistenz derb. Ein innigerer Zusammenhang des Knotens mit der tieferen Zungensubstanz ist durch Palpation nicht nachzuweisen. — Abtragung der Geschwulst an der Basis des Stiels. Verschorfung der Wundfläche mit dem Thermocauter.

Fig. 3. Lipom der Zunge.

M. F., 29 J. alt, Landarbeiterin aus Galizien, verheirathet.

Pat. hat 3mal geboren; sie war bis auf die jetzige Erkrankung stets gesund. Vor 3 Jahren entdeckte sie zum ersten Male auf der linken Seite der Zunge, unweit der Spitze, eine weiche, nicht schmerzhafte Geschwulst, welche seit dieser Zeit nur wenig an Umfang zunahm. Ausser einer leichten Behinderung beim Essen und Sprechen hat Pat. keinerlei Beschwerden.

6. VII. 90 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Krakau. Gut gebaute und genährte Frau; innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Links von der Spitze sitzt dem Rande und Rücken der Zunge eine fast hühnereigrosse Geschwulst von gleichmässig glatter Oberfläche auf. Sie sitzt breitbasig auf und hat die linke Zungenhälfte in die Länge gezogen, erscheint aber gegen die normale Zungenpartie scharf abgegrenzt. Der längste Durchmesser beträgt etwa 6 cm. Die bedeckende Schleimhaut ist von fast normalem Aussehen, nur deutlich verdünnt und heller roth gefärbt als die normale Umgebung. Die Dorsalfläche trägt gut erkennbare Papillen, nur in spärlicherer Menge als in der Norm. Hier und da sind feine oberflächliche Venen sichtbar; an einer 5Pfennigstück-grossen Stelle ein frisches Extravasat. Der Schleimhautüberzug der Geschwulst ist wenig gespannt und lässt sich leicht in Falten erheben. — Die Geschwulst selbst ist von gleichmässig weicher Consistenz und fluctuirt deutlich.

18. VII. 90. Unter Cocainanästhesie Exstirpation der Geschwulst, welche sich leicht ausschälen lässt. Der wenig gelappte Tumor erweist sich als einfaches Lipom.

(Die Abbildung (Photographie) und Krankengeschichte dieses Falles verdanken wir gleichfalls der Freundlichkeit des Herrn Prof. Dr. Rydygier in Krakau.)

Tafel XXXV.

Fig. 1. Schwarze Zunge. (Schwarze Haarzunge.)

Fig. 2. Gestieltes Sarkom des Zungenrückens.

Fig. 3. Lipom der Zunge.

überzogen; die Ränder an einzelnen Stellen leicht eingekerbt. An dem kurzen, etwa 5 mm im Durchmesser haltenden Stiel lässt sich der Knoten nach allen Richtungen wenden. Consistenz derb. Ein innigerer Zusammenhang des Knotens mit der tieferen Zungensubstanz ist durch Palpation nicht nachzuweisen. — Abtragung der Geschwulst an der Basis des Stiels. Verschorfung der Wundfläche mit dem Thermocauter.

Fig. 3. Lipom der Zunge.

M. F., 29 J. alt, Landarbeiterin aus Galizien, verheirathet.

Pat. hat 3mal geboren; sie war bis auf die jetzige Erkrankung stets gesund. Vor 3 Jahren entdeckte sie zum ersten Male auf der linken Seite der Zunge, unweit der Spitze, eine weiche, nicht schmerzhafte Geschwulst, welche seit dieser Zeit nur wenig an Umfang zunahm. Ausser einer leichten Behinderung beim Essen und Sprechen hat Pat. keinerlei Beschwerden.

6. VII. 90 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Krakau. Gut gebaute und genährte Frau; innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Links von der Spitze sitzt dem Rande und Rücken der Zunge eine fast hühnereigrosse Geschwulst von gleichmässig glatter Oberfläche auf. Sie sitzt breitbasig auf und hat die linke Zungenhälfte in die Länge gezogen, erscheint aber gegen die normale Zungenpartie scharf abgegrenzt. Der längste Durchmesser beträgt etwa 6 cm. Die bedeckende Schleimhaut ist von fast normalem Aussehen, nur deutlich verdünnt und heller roth gefärbt als die normale Umgebung. Die Dorsalfläche trägt gut erkennbare Papillen, nur in spärlicherer Menge als in der Norm. Hier und da sind feine oberflächliche Venen sichtbar; an einer 5 Pfennigstück-grossen Stelle ein frisches Extravasat. Der Schleimhautüberzug der Geschwulst ist wenig gespannt und lässt sich leicht in Falten erheben. — Die Geschwulst selbst ist von gleichmässig weicher Consistenz und fluctuirt deutlich.

18. VII. 90. Unter Cocainanästhesie Exstirpation der Geschwulst, welche sich leicht ausschälen lässt. Der wenig gelappte Tumor erweist sich als einfaches Lipom.

(Die Abbildung (Photographie) und Krankengeschichte dieses Falles verdanken wir gleichfalls der Freundlichkeit des Herrn Prof. Dr. Rydygier in Krakau.)

Tafel XXXV.

Fig. 1. Schwarze Zunge. (Schwarze Haarzunge.)

Fig. 2. Gestieltes Sarkom des Zungenrückens.

Fig. 3. Lipom der Zunge.

Tafel XXXV

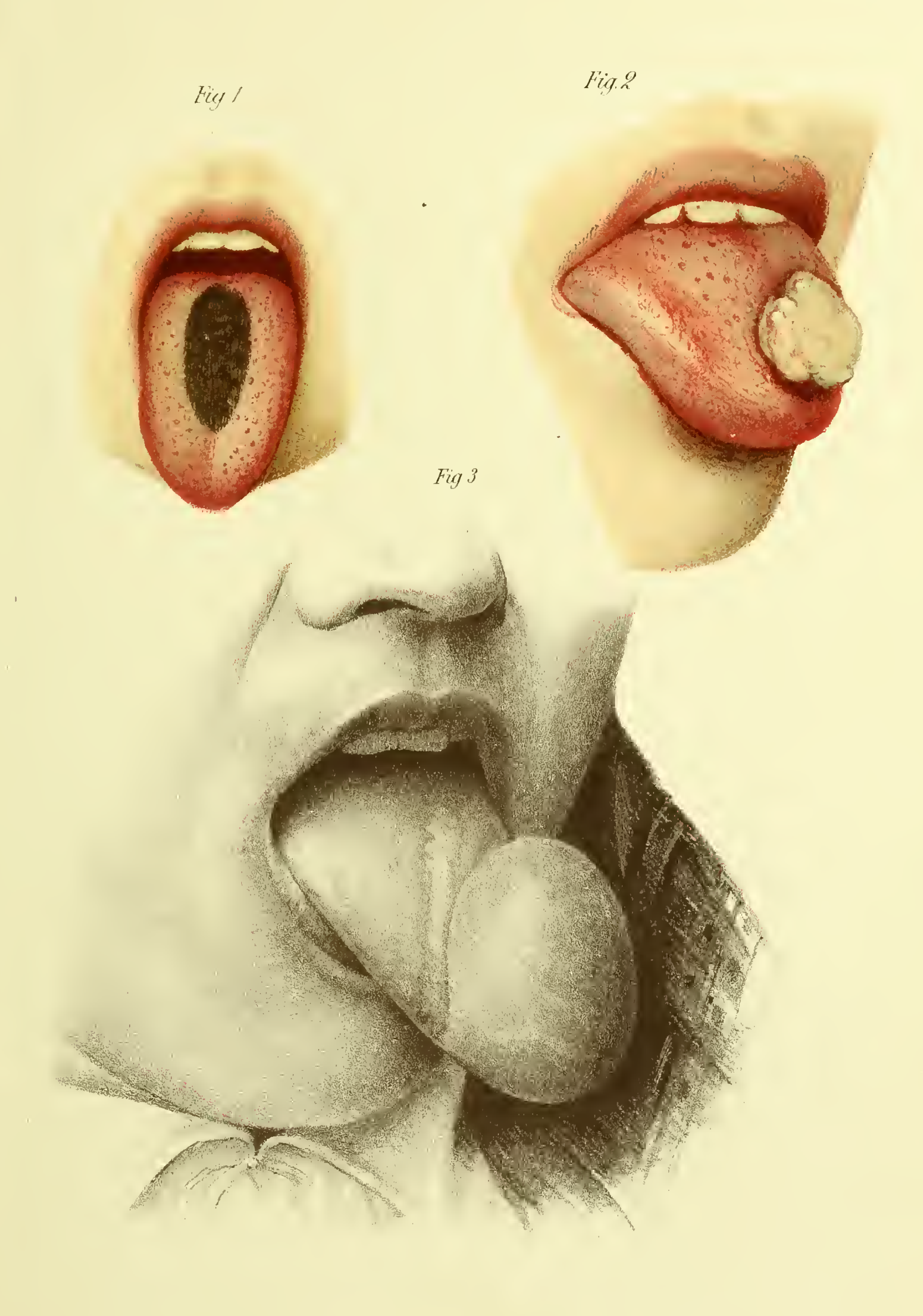


Fig. 1 Elzan, Fig. 2 [illegible] pinxit. Fig. 3 nach einer Photographie

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin.



Tafel XXXVI.

Fig. 1. Epithelcarcinom der Zunge.

M. B., 50 J. alt, Arbeiterwittwe aus Memel.

Pat., hereditär nicht belastet, war bis zum Beginn ihres jetzigen Leidens stets gesund. Vor 2 Jahren bemerkte sie ein etwa linsengrosses, hartes, wenig schmerzhaftes Knötchen in der Mitte des rechten Zungenrandes, an einer Stelle, die sie sich schon früher wiederholt an den gegenüberliegenden scharfrandigen Stümpfen cariöser Zähne wundgescheuert hatte. Sie entfernte sich desshalb selbst die betreffenden Wurzeln; trotzdem schwand das Knötchen nicht, sondern nahm ganz allmählich an Grösse zu. Erst in den letzten Monaten begann es rascher zu wachsen. Der zu Rathe gezogene Arzt versuchte durch wiederholte Aetzungen mit Argentum nitricum die Geschwulst zu zerstören, jedoch ohne Erfolg.

16. II. 90 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Mittelgrosse Frau von mittlerem Ernährungszustand und schlaffer Musculatur. In den inneren Organe keine nachweisbaren Veränderungen. Der Mitte des rechten Zungenrandes entsprechend findet sich eine flache, ca. 3 cm im Längsdurchmesser, 2 cm im Querdurchmesser haltende Geschwulst. Sie erhebt sich mehrere Millimeter über das umgebende Niveau der Zunge; ihre scharfen Ränder heben sich pilzartig von der gesunden Nachbarschaft ab. Die Oberfläche der Geschwulst erscheint uneben, stellenweise oberflächlich zerklüftet; an einzelnen Stellen ist sie leicht exulcerirt, sonst von einem gequollenen, milchig-weissen Epithelüberzug bedeckt. Dem tastenden Finger stellt sich die Geschwulst als eine platte, derbe Masse dar, welche mehrere Millimeter in die Tiefe der Zungensubstanz und auch der Fläche nach über die sichtbaren Grenzen reicht, aber ziemlich scharf abzugrenzen ist. — Lymphdrüsen nicht zu palpiren.

21. II. 90. Präventive Unterbindung der Art. ling. d., Entfernung einiger bis erbsengrosser Lymphdrüsen unter dem Kieferwinkel. Abtragung der Geschwulst mit der Scheere, wobei die Schnitte 1 cm von den Grenzen der Geschwulst entfernt bleiben. Tamponade mit Jodoformgaze. — Glatte Heilung. 5. III. 90 wird Pat. mit rein granulirender Wunde an der Zunge (die Unterbindungswunde ist per primam geheilt) entlassen. — Mikroskopische Untersuchung: Plattenepithelkrebs.

19. XI. 90 ist die Operirte nach dem Bericht des behandelnden Arztes, Hrn. Dr. Gessner in Memel, gesund; weder an der Zunge, noch im Bereich der Unterkieferlymphdrüsen ein Recidiv. — August 1891: ausgedehntes Recidiv im Bereich der Zunge und der regionären Lymphdrüsen.

Fig. 2. Knotenförmiges Lymphangiom der Zunge.

W. W., 11 J. alt, Kaufmannssohn aus Königsberg.

Bei dem sonst gesunden Knaben soll schon in frühester Kindheit ein stecknadelkopf-

grosses Knötchen am linken Zungenrand bemerkt worden sein. Dieses wuchs in den ersten Lebensjahren sehr langsam, in den letzten Jahren etwas rascher bis zur jetzigen Grösse. Die Geschwulst soll zeitweise stärker anschwellen und schmerzhaft werden, um nach einigen Tagen wieder an Umfang abzunehmen. Beschwerden geringfügig.

12. XI. 89 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Normal entwickelter, sonst gesunder Knabe. — Die Zunge erscheint im Ganzen etwas vergrössert. Von der Mitte des linken Zungenrandes aus breitet sich auf den Zungenrücken eine flache, pilzförmig aufsitzende, unregelmässig begrenzte Geschwulst aus von ca. 3 cm Längs- und $2^1/_2$ cm Querdurchmesser. Sie erhebt sich 3—5 mm über das Niveau der gesunden Umgebung und grenzt sich gegen dieselbe scharf ab. Die Gesammtfarbe der Geschwulst ist blass-rosa, mit einem eigenthümlichen, milchig-trüben Glanz. Sieht man genauer zu, so bemerkt man, dass die Oberfläche mit zahlreichen, grösseren und kleineren papillären Excrescenzen bedeckt ist, welche an ihrer Kuppe kleine, bis stecknadelkopfgrosse, durchscheinende Bläschen tragen. Bei schwacher Lupenvergrösserung erkennt man sie deutlich als kleine, dünnwandige, cystische Gebilde mit klarem Inhalt. (Siehe Fig. 2a.) Der ganze Tumor fühlt sich derb an, scheint mehrere Millimeter in die Zungensubstanz infiltrirt zu sein, lässt sich jedoch mit den Fingern ziemlich scharf abgrenzen. — Nach innen von der beschriebenen Geschwulst, nahe der Mittellinie findet sich am Zungenrücken eine über linsengrosse flache Erhabenheit, welche der tastende Finger als derbes Knötchen palpirt.

21. XI. 89 Abtragung der Geschwulst mit dem Thermocauter. Das zuletzt beschriebene Knötchen wird mit dem spitzen Brenner bis in die Tiefe verschorft. 27. XI. 90. Nach Abstossung der Brandschorfe granuliren die Wundflächen rein. — 3. XII. 89. Geheilt entlassen.

Mikroskopische Untersuchung: Das abgetragene Gewebsstück, welches Schleimhaut, Submucosa und Muskelsubstanz enthält, ist in seiner ganzen Dicke von zahlreichen kleinen, wandungslosen Hohlräumen durchsetzt. Den Inhalt bildet meist eine amorphe, leicht körnige Masse, hier und da auch Blut. An der Oberfläche liegen die Hohlräume häufig zwischen verkümmerten Papillen; meist sind sie nach aussen nur vom Epithel bedeckt. Einzelne grössere Hohlräume enthalten ein Netz von jungem Bindegewebe, in dessen Maschen sich gleichfalls geronnene Lymphe oder Blut findet. In den tieferen Lagen stellenweise reichlichere zellige Infiltration, Die oberflächlichen Hohlräume hier und da von feinen Blutgefässen durchzogen. Das Epithellager ist meist etwas höher als normal, doch nirgends atypisch gewuchert.

Tafel XXXVI.

Fig. 1. Epithelialcarcinom der Zunge.

Fig. 2. Knotenförmiges Lymphangiom der Zunge.

Tafel XXXVI

Fig. 1



Fig. 2



F. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin



Tafel XXXVII.

Fig. 1. Diffuses Lymphangiom der Zunge (Makroglossie), im Zustande acuter (periodisch recidivirender) Glossitis.

L. Sch., $5^3/_4$ J. alt, Kaufmannssohn aus Russisch-Polen.

Der Knabe hat vor $1^1/_2$ Jahren Masern überstanden, sonst war er bis auf das zu beschreibende Leiden gesund. Schon seit der Geburt ist die rechte Zungenhälfte stärker entwickelt als die linke. Beide Zungenhälften wuchsen dann in den ersten Lebensjahren allmälig zu abnormer Grösse heran; da jedoch das Kind keinerlei Beschwerden hatte, beachteten die Eltern die Sache nicht. Erst als vor einem Jahre von Zeit zu Zeit acut eintretende schmerzhafte Anschwellungen der ganzen Zunge sich einstellten, suchte die Mutter ärztlichen Rath. Der Arzt verordnete Einpinselungen der Zunge mit Salicylcollodium (03 : 10,0), jedoch ohne Erfolg. Die acuten Schwellungen kamen nach wochen- und selbst monatelangen Zwischenräumen immer wieder; der einzelne Anfall dauerte 8—10 Tage und verlief unter geringen Fiebererscheinungen. Nach Aussage der Mutter hat die Zunge im letzten Jahre beträchtlich an Umfang zugenommen. Sowohl dieser Umstand, als auch eine neuerdings vor 2 Tagen eingetretene acute Schwellung veranlassten die Mutter, in der Königsberger chirurgischen Klinik Hilfe zu suchen.

30. VI. 90. Gesund aussehendes Kind, dessen innere Organe keinerlei Abweichungen zeigen. Die ganze Zunge, von ihrer Wurzel bis zur Spitze, in allen Dimensionen beträchtlich angeschwollen. Der Mund wird so weit offen gehalten, dass die Zungenspitze die Zahnreihen überragt; fordert man den Pat. auf, die Zahnreihen zu schliessen, so findet die Zunge dahinter gerade noch Raum. Die rechte Seite ist an der Volumszunahme ungleich stärker betheiligt als die linke; die rechte Hälfte der Zungenspitze überragt die linke; die rechte Hälfte des Zungenrückens wölbt sich als eine halbkugelige Geschwulst hervor, welche in der Mittellinie gegen die weniger geschwollene linke Hälfte scharf abgegrenzt erscheint. So entsteht dem Septum linguae entsprechend eine tiefe Furche auf dem Zungenrücken. Zungenspitze und Zungenränder verjüngen sich am freien Rande zu scharfen Kanten, welche unregelmässige Kerben, stellenweise auch flache Geschwüre zeigen (Zahneindrücke). Die Oberfläche des ganzen Zungenrückens ist von fein granulirtem Aussehen. Es zeigt sich bei genauerer Betrachtung, dass die Papillae filiformes meist nur spärlich entwickelt oder verkümmert sind; an deren Stelle finden sich, dicht aneinandergereiht, feinste bis stecknadelkopfgrosse Körnchen, welche einen feuchten Glanz zeigen. Die grösseren sind deutlich durchscheinend und präsentiren sich schon dem freien Auge als feine Bläschen. Bei schwacher

Lupenvergrösserung zeigen alle Körnchen denselben Charakter (vergl. Fig. 1 a und b). Die meisten enthalten eine klare, blassröthlich gefärbte Flüssigkeit; einzelne davon, besonders die am Zungenrand gelegenen sind mit dunkelblau-roth gefärbter Flüssigkeit prall gefüllt. Stellenweise confluiren mehrere der letztbeschriebenen Bläschen und machen hier den Eindruck eines subepithelialen Extravasates. Die ganze Zunge ist von derber Consistenz, bei Berührung ziemlich schmerzhaft. Foetor ex ore. — Pat. ist beim Sprechen und Essen erheblich behindert. — Zur Zeit der Aufnahme in die Klinik kein Fieber.

Im Verlauf der nächsten Tage bedeckt sich die Zunge stellenweise mit schmutzig-gelblichen, fibrinösen Auflagerungen.

Ordo: Ausspülungen des Mundes mit verdünnter Lösung von Alum. acet., Bestäuben der Zunge mit Jodoform. Nach 14 Tagen sind die acut entzündlichen Erscheinungen vollkommen geschwunden, insbesondere auch die kleinen Extravasate. Die Bläschen zeigen entweder einen ganz klaren, oder nur wenig blutig gefärbten Inhalt.

14. VII. 90. In der Narkose wird aus der rechten Zungenhälfte ein ca. 3 cm langer, 1 cm breiter Keil excidirt und die Wunde durch tiefgreifende Seidennähte geschlossen. Ein kleinerer Keil wird aus der Zungenspitze herausgeschnitten und die Wunde gleichfalls vernäht. Ausserdem werden am Zungenrücken mit dem spitzen Brenner zahlreiche ziemlich tiefgehende Brandschorfe gesetzt. 21. VII. 90 wird noch an einzelnen Stellen oberflächlich cauterisirt. 23. VII. 90 wird Pat. entlassen. Die Zunge hat fast normale Dimensionen; bis auf die letzten Brandschorfe ist Alles geheilt.

Anatomische Untersuchung der excidirten Stücke: Das Zungengewebe ist succulent, feucht-glänzend, rosig-weiss, die bei Druck hervorquellende Flüssigkeit ist hellroth lymphatisch und enthält rothe, sowie weisse Blutkörperchen. Das Gewebe erscheint von feinsten Lücken wie siebförmig durchlöchert.

Das Zungenfleisch setzt sich mikroskopisch aus Bindegewebe und stellenweise atrophischen Muskelfasern zusammen; es ist von reichlichen, mit Endothel ausgekleideten, unregelmässig rundlichen Spalträumen durchsetzt, die grösstentheils leer erscheinen. Einzelne sind mit rothen Blutkörperchen gefüllt, andere dagegen von einer körnigen, amorphen, Leukocyten beherbergenden Masse (Lymphe).

Fig. 2. Warzenförmiges Lymphangiom der Zunge.

H. S., 7½ J. alt, Arbeiterkind aus Königsberg.

Schwächliches, oft an Bronchitiden leidendes Mädchen, aus dem Ambulatorium des Docenten Dr. Falkenheim an einen der Herausgeber dieses Atlas gewiesen.

Warzenartige Auswüchse der Zunge sind nach Angabe der Mutter bereits im ersten Lebensjahr bemerkt worden und sollen sich seitdem allmälig vergrössert haben.

Befund am 11. XII. 88. Auf dem Rücken und linken Rande der sonst normal aussehenden Zunge erheben sich die in Fig. 2 wiedergegebenen beetartigen, stellenweise höckerigen Auswüchse. Dieselben überragen das Niveau der umgebenden Schleimhaut um 3—4 mm; ihre Oberfläche zeigt grösstentheils die Farbe normaler Schleimhaut; von etwas lividerem Colorit ist der linke Rand der am Zungenrücken gelegenen Geschwulstmasse. Bei genauerem Zusehen erkennt man an der Oberfläche der Geschwulst feinste bis stecknadelkopfgrosse, blassröthliche, von einem helleren Hof umgebene Erhabenheiten; einzelne dieser Gebilde sind deutlich transparent. An anderen Stellen prominiren abwechselnd theils klar durchscheinende, theils opake, gelblich-weisse Bläschen von ähnlicher Grösse.

Durch glossoskopische Untersuchung wird festgestellt, dass dorsalwärts die Wucherung sich bis auf die Gegend der Papillae circumvalatae erstreckt.

Eine am 18. X. 90 ausgeführte Controluntersuchung zeigt, dass in den letzten 2 Jahren keine erhebliche Veränderung in der Form und Ausdehnung der Geschwulst eingetreten ist.

Die anatomische Untersuchung eines kleinen excidirten Stückchens ergiebt im Wesentlichen denselben Befund, wie in den anderen hier dargestellten analogen Fällen (vgl. Fig. 1 dieser Tafel, ferner Taf. XXVIII, Fig. 3, Taf. XXXVI, Fig. 2). Im interpapillären Bindegewebe, oft bis dicht an das Epithel heranreichend, in der Tiefe der Mucusa und zwischen den Muskelbündeln finden sich eng nebeneinander wandungslose Hohlräume, von amorpher, körniger Masse erfüllt. Hier und da liegen mehrere Hohlräume so dicht aneinander, dass sie zu confluiren scheinen. Das Bindegewebsstroma meist reich an Rund- und Spindelzellen. Der Epithelüberzug stellenweise hyperplastisch.

Fig. 3. Spindelzellensarkom der Zunge.

F. B., 57 J. alt, Bauer aus Galizien.

Der hereditär nicht belastete Pat. bemerkte vor einem halben Jahre auf dem Zungenrücken eine Erhabenheit, welche allmälig an Grösse zunahm und zur jetzigen Geschwulst heranwuchs. Dabei hatte er keine Schmerzen oder anderweitige Beschwerden; nur die Sprache ist in letzter Zeit etwas behindert.

12. XII. 84 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Krakau. Schlecht genährter Mann mit schlaffer Musculatur. Innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Das vordere Drittel der Zunge ist von der Fig. 3 abgebildeten Geschwulst eigenommen. Die rechte Hälfte der Geschwulst ist erheblich grösser als die linke; beide Hälften sind durch eine tiefe, dem Septum linguae entsprechende Furche von einander getrennt. Der Tumor durchsetzt die ganze Dicke des Zungenfleisches gleichmässig; nach hinten geht er, scharf begrenzt, in die normale Zungensubstanz über. Die den Tumor bedeckende Schleimhaut erscheint gespannt, von sammetartigem Glanz, etwas hyperämisch, sonst von normaler Beschaffenheit. Die Consistenz des Tumors ist überall gleichmässig derb. Bei Berührung ist die Geschwulst nicht schmerzhaft. Die Beweglichkeit der Zunge hat nur infolge ihrer Volumszunahme gelitten; der Kranke kann sie ohne Schwierigkeit vorstrecken, dagegen kann er sie nur mit Hilfe der Finger in die Mundhöhle zurückschieben. Nahrungsaufnahme unbehindert. Keine palpirbaren Drüsen.

16. XII. 84 Amputation des erkrankten Theils der Zunge. Die ziemlich starke Blutung wird durch Unterbindung der einzelnen spritzenden Gefässe gestillt. 23. XII. 84 geheilt entlassen.

Mikroskopische Untersuchung: Spindelzellensarkom.

In der Folge treten wiederholt kleine Recidivknoten, zum Theil oberflächlich exulcerirt, in der Umgebung der Narbe auf; auch schwellen die Submaxillardrüsen der linken Seite bis auf Haselnussgrösse an. — Wiederholte Operationen am 21. VII. 85 und 27. I. 86. — Am 19. I. 88 sucht Pat. abermals die Krakauer Klinik wegen eines kleinen oberflächlichen Geschwürs im Bereich der Narbe auf; dasselbe wird als Druckgeschwür von zwei scharfen Zahnstümpfen erkannt. Nach Extraction der betreffenden Zähne heilt das Geschwür. Nach vierwöchentlicher Beobachtung wird Pat. am 19. II. 88 geheilt entlassen. Weiteres Schicksal unbekannt.

Tafel XXXVII.

Fig. 1. Diffuses Lymphangiom der Zunge (Makroglossie) im Zustande acuter (periodisch recidivirender) Glossitis.

Fig. 2. Warzenförmiges Lymphangiom der Zunge.

Fig. 3. Spindelzellensarkom der Zunge.

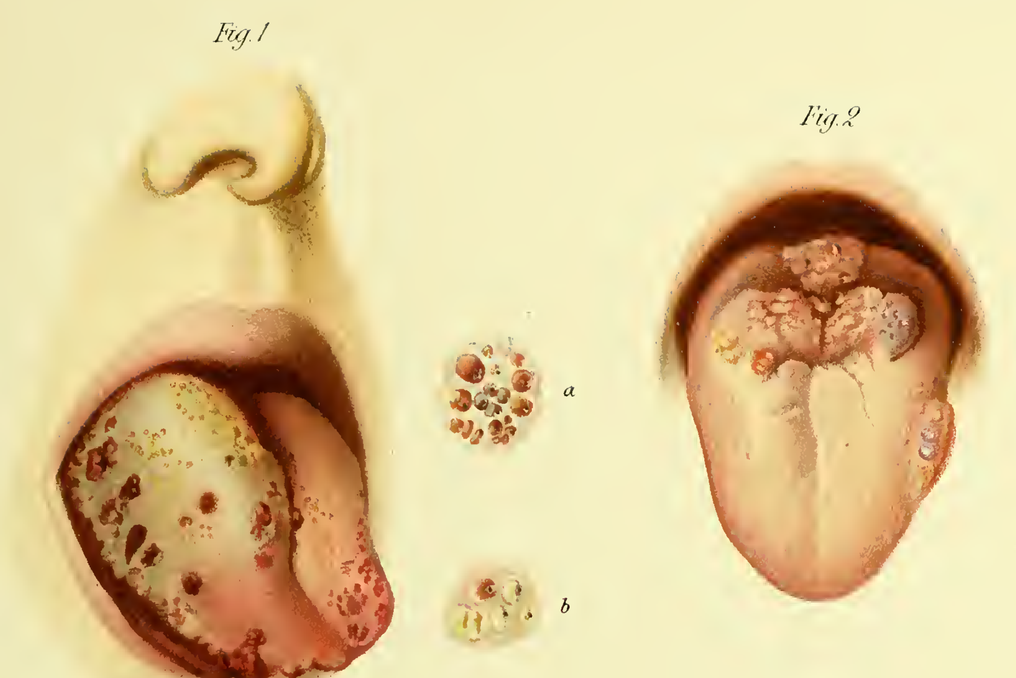




Fig. 1.2. K. Braune pinxit

W. A. Meyn Lith. [illegible], Berlin.



Tafel XXXVIII.

Fig. 1. Carcinom der Zunge.

M. B., 53 J. alt, Gastwirthin aus Ostpreussen.

Pat. ist hereditär nicht belastet und will bis auf die jetzige Erkrankung stets gesund gewesen sein. Sie hat 8mal geboren. Seit einem Jahre Menopause. Auf ihr gegenwärtiges Leiden wurde Pat. vor ungefähr einem halben Jahre aufmerksam; es entwickelte sich ein Geschwür am rechten Zungenrande, welches allmälig grösser wurde und zur jetzigen Verhärtung der Zunge führte. Anfänglich hatte Pat. keine nennenswerthen Beschwerden. Erst in der letzten Zeit ist das Essen und Sprechen behindert; auch stellen sich zeitweise ziehende Schmerzen in der Zunge ein.

19. V. 90 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Mittelgrosse, sonst gesund aussehende Frau mit kräftig entwickelter Musculatur und spärlichem Fettpolster. Lungenemphysem mässigen Grades; die übrigen inneren Organe ohne nachweisbare Veränderungen.

Der rechte Zungenrand ist von einer über taubeneigrossen Geschwulst eingenommen, welche bei ausgestreckter Zunge etwa 2 cm hinter der Zungenspitze beginnt und 2 cm vom Arcus palato-glossus entfernt ihre hintere Grenze findet. Sie ist von derber Consistenz. Der tastende Finger findet keine scharfen Grenzen gegen die umgebende Zungensubstanz; diese erscheint in der Tiefe bis zur Mittellinie infiltrirt; dagegen grenzt sich ihre Oberfläche in Form einer flachen Erhebung ziemlich scharf von der benachbarten Zungenoberfläche ab. Am schärfsten erscheinen die Grenzen am Zungenrücken. Der Schleimhautüberzug ist an den Randpartien glatt und lebhaft geröthet; im Centrum ist die Geschwulst von einem kraterförmigen, bis 15 mm tiefen Geschwür eingenommen; die Ränder desselben erscheinen unregelmässig geformt, zum Theil unterminirt, zum Theil aufgeworfen. In der Tiefe des Geschwürsgrundes sieht man eine schmutzig-graue Gewebsmasse, welche eine geringe Menge übelriechenden, jauchigen Secrets absondert. Nahe der vorderen Grenze der Geschwulst findet sich ausserdem noch ein rundliches, 6—8 mm im Durchmesser haltendes, flaches Geschwür mit

wallartig geformten Rändern. Der Boden der Mundhöhle unverändert; die Zunge im Ganzen noch gut beweglich. Submaxillar- und Submentaldrüsen nicht palpirbar.

24. V. 90. Nachdem durch mikroskopische Untersuchung eines kleinen excidirten Stückchens die Diagnose Carcinom sichergestellt ist, wird die Geschwulst exstirpirt: Präventive Unterbindung beider Art. linguales; Auffindung und Entfernung einiger erbsen- bis bohnengrosser Lymphdrüsen am rechten Kieferwinkel. Der Tumor wird mit der Scheere derart exstirpirt, dass nach allen Richtungen ca. 1 cm anscheinend gesunder Zungensubstanz mitentfernt wird. Infolge dessen fällt fast die ganze rechte Zungenhälfte (mit Ausnahme des Zungengrundes) und eine $^1/_2$—1 cm breite Zone der linken Seite fort. — Die im Munde entstehende Wundhöhle wird mit Jodoformgaze tamponirt. — Glatte Heilung. 2. VI. 90 wird Pat. mit rein granulirender Wunde im Munde entlassen; die 2 Wunden am Halse sind primär verheilt. — Im December 1890 berichtet Pat., dass „die Zunge gesund, die Sprache vollständig hörbar und verständlich“ sei; am rechten Unterkieferwinkel habe sich jedoch ein harter, empfindlicher Knoten gebildet.

Es wird der Pat. gerathen, sich behufs operativer Entfernung der Drüse abermals nach Königsberg zu begeben.

Anatomischer Befund der excidirten Geschwulst: Makroskopisch zeigt der Tumor auf dem Durchschnitt eine fast milchweisse Farbe, stellenweise nur erscheint er mehr grau und transparent. In der mitentfernten Musculatur finden sich an den Grenzen der Geschwulst kleine punkt- und streifenförmige, gelblich-graue Inseln. Mikroskopisch: Kleine und grössere Epithelzellennester, vielfach im Centrum zu Krebszwiebeln geschichtet; an der Oberfläche sind dieselben dichter gehäuft, bisweilen selbst confluirend, in den tieferen Lagen durch reichlicheres Stroma von einander getrennt. Derartige Epithelnester reichen an einzelnen Stellen tief zwischen die Züge der quergestreiften Muskelfasern. In der Umgebung des Geschwürs daneben vielfach Anhäufung von Rundzellen.

Fig. 2. Carcinom des Bodens der Mundhöhle.

P. K., 53 J. alt, Küster aus Russisch-Polen.

Pat. leidet angeblich seit seiner Kindheit an Phlebektasien am rechten Bein; seit mehreren Jahren besteht ein chronisches Unterschenkelgeschwür derselben Seite. Sonst will Pat. bis auf die gegenwärtige Erkrankung stets gesund gewesen sein; er ist mässiger Trinker (Branntwein). Vor $1^1/_2$ Jahren bemerkte er am Zungenbändchen ein kleines Knötchen, welches sehr langsam wuchs und nach 4monatlichem Bestande oberflächlich wund wurde. Von da an allmälige Vergrösserung der Geschwulst, die in den letzten Monaten auf Zunge und Zahnfleisch übergriff. Vor 3 Monaten entdeckte Pat. unter dem Kinn kleine harte Knötchen. Die anfänglich geringfügigen Beschwerden steigerten sich in den letzten Monaten rasch: Behinderung und Schmerzen beim Sprechen und bei jeder Nahrungsaufnahme; lästiger Speichelfluss.

20. II. 90 Aufnahme in die chirurgische Klinik zu Königsberg. Kräftig gebauter, gut genährter Mann mit leicht cyanotischer Gesichtsfarbe. Ziemlich weit entwickeltes Lungenemphysem; in den übrigen inneren Organen keine Abweichungen nachweisbar. An der rechten unteren Extremität ausgedehnte Varicen; über der Vorderfläche der Tibia ein über 5Markstück-grosses Geschwür. — Wird der Mund weit geöffnet und die Zungenspitze zurückgezogen, so erscheint der mittlere zwischen den Praemolares liegende Theil des Mundbodens von einer Geschwulstmasse eingenommen, welche nach vorn bis auf das Zahnfleisch der Schneide- und Eckzähne übergreift, nach hinten sich auf die Unterfläche der Zunge ausdehnt und hier mit wallartigen Rändern gegen die normale Schleimhautoberfläche abgehoben ist. Der vordere Rand der Geschwulst ist etwa 1 cm von der Zungenspitze entfernt. Die ganze der Besichtigung

zugängliche Partie der Geschwulst ist von einem zusammenhängenden, unregelmässig begrenzten, vielfach zerklüfteten Geschwür eingenommen, dessen missfarbiger Grund stellenweise von kleinen Extravasaten durchsetzt und von einer geringen Menge eines jauchigen Secretes bedeckt ist. Die tastenden Finger finden eine zwischen Zungenspitze und Mittelstück des Unterkiefers festsitzende Geschwulst von derber Consistenz; vom Zungenrücken aus fühlt man die Geschwulst an der entsprechenden Stelle als derbes, tiefliegendes Infiltrat ohne scharfe Grenzen. Ebenso lässt sich bei bimanueller Untersuchung der Tumor von der Unterkinngegend aus als diffuse, tiefliegende Verhärtung palpiren. Die Haut der Unterkinngegend unverändert, verschieblich. Unter derselben mehrere bis bohnengrosse, harte, fast unbewegliche Drüsen fühlbar. Etliche kleinere, aber noch leicht verschiebbare Drüsen von gleicher Consistenz unter beiden Kieferwinkeln und über dem Zungenbein. Die Bewegungen der Zunge sind in hohem Grade behindert; am meisten fixirt erscheint die Zungenspitze.

26. II. 90. Durch einen sagittalen Schnitt wird die Unterlippe gespalten und die Kinnhaut bis auf das Zungenbein durchtrennt; zwei längs der langen Zungenbeinhörner verlaufende Querschnitte legen die infiltrirten Drüsen dieser Gegend blos. Nach temporärer Durchsägung des Unterkiefers in der Mittellinie werden die Sägeflächen mit Knochenhaken weit auseinandergezogen und so der Boden der Mundhöhle vollständig freigelegt. Exstirpation der Geschwulst sammt dem vorderen Drittel der Zunge. Die erkrankte Partie der Gingiva wird in Zusammenhang mit der Geschwulst mittelst Raspatorium vom Unterkiefer abgelöst, die gelockerten Schneidezähne extrahirt und die freiliegenden Knochenflächen nachträglich energisch mit dem Thermocauter verschorft. Exstirpation der infiltrirten Drüsen. — Knochennaht, Vereinigung der Unterlippe; im Uebrigen wird die ganze Wundhöhle mit Jodoformgaze tamponirt. Die Heilung der letzteren erfolgt ohne Zwischenfall durch Granulationen.

26. III. 90 wird Pat. in folgendem Zustande entlassen: Die äusseren Wunden vollständig geschlossen. Der wenig bewegliche Stumpf der Zunge durch Narben bis nahe an die Spina ment. post. herangezogen; hinter der letzteren noch eine klein-haselnussgrosse, rein granulirende Höhle; hierselbst liegt ein Theil der verschorften Knochenfläche noch bloss. Die beiden Kieferhälften sind in mässigen Grenzen gegen einander verschiebbar. Flüssige und breiige Nahrung wird ohne Schwierigkeiten genommen. Die Sprache noch sehr erschwert und wenig verständlich.

24. XI. 90 berichtet Pat. brieflich, er sei mit seinem Zustande durchaus zufrieden; essen und trinken könne er nun Alles, wiewohl ihm das Kauen noch geringe Schwierigkeiten bereite. Die Zunge sei beweglich, die Sprache verständlich geworden, doch spreche er nicht so leicht und deutlich wie in gesunden Tagen. Er sei schmerzfrei.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergiebt das typische Bild eines Plattenepithelkrebses mit reichlichen Epithelzwiebeln.

Tafel XXXVIII.

Fig. 1. Carcinom der Zunge.

Fig. 2. Carcinom des Bodens der Mundhöhle.

Tafel XXVIII

Fig. 1

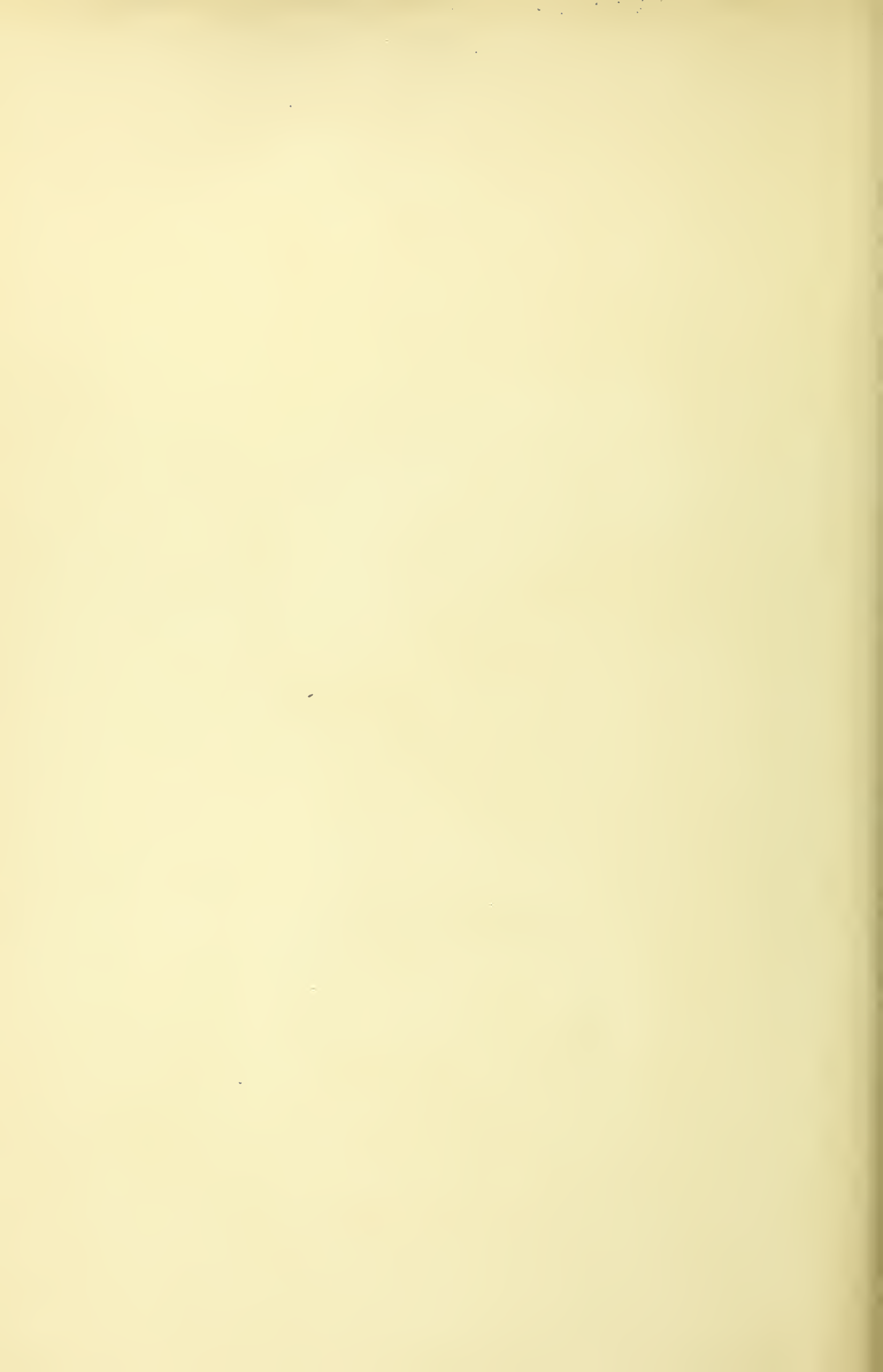


Fig. 2



K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst., Berlin



Tafel XXXIX.

Fig. 1. Tuberculöses Geschwür der Balgdrüsenregion der Zungenwurzel (Spiegelbild).

C. N., 38 J. alt, Aufwärterin aus Königsberg.*)

Tuberculöse Hereditát. Seit Februar 1888 Schlingbeschwerden und belegter Stimmklang.

29. X. 88. Blass aussehende, aber kräftig gebaute Person. Subjective Klagen: Halsschmerzen, Mattigkeit. Objectiv: Schleimhaut der Mundrachenhöhle, soweit sie der directen Besichtigung zugänglich ist, nirgends ulcerirt. Lymphdrüsen am Halse nicht geschwollen.

Glossoskopischer Befund: Balgdrüsenregion der Zungenwurzel linkerseits deutlich infiltrirt. An der rechten Seite ein in der grössten Längenausdehnung etwa 13 mm, in der grössten Breitenausdehnung etwa 7 mm messendes, in seinem centralen Theile kraterförmig vertieftes, mit sinuösen Rändern versehenes, bis nahe an die Epiglottis heranreichendes Ulcus. Der Grund desselben ist mit eitrigem Belag bedeckt, aus welchem einzelne nadelkopfgrosse Granula hervorragen. In der nächsten Umgebung dieses Geschwürs erscheinen die Balgdrüsen erheblich infiltrirt: ihr Schleimhautüberzug ist stark geröthet. Am vorderen Theile der Ulceration durchfurchen feine, grabenartige Ausläufer dieses entzündlich geschwollene Drüsengewebe und bewirken eine insuläre Abtrennung kleiner Partieen desselben. Berührung des Geschwürsgrundes mit der Sonde ist empfindlich und ruft leichte Blutung

---

*) Die Krankengeschichte der Patientin ist an anderer Stelle in extenso mitgetheilt (Michelson: Ueber Tuberculose der Nasen- und Mundschleimhaut, Zeitschr. f. klin. Medicin, Bd. XVII., Suppl., Berlin 1890).

hervor. Tuberkelbacillen sind mikroskopisch in den von der Geschwürsoberfläche abgeschabten Massen nicht zu ermitteln.

Laryngoskopischer Befund: Durch die intumescirten Balgdrüsen wird die Epiglottis derart überlagert, dass nur der freie Rand des Kehldeckels sichtbar bleibt. Derselbe ist linkerseits deutlich verdickt, die Plica pharyngo-epiglottica sinistra von ödematösem Aussehen. Beim Anlauten hebt sich der Kehldeckel; man sieht nun, dass das linke Ligam. ary-epiglotticum gleichfalls etwas infiltrirt, die gesammte Oberfläche des linken Taschenbandes, sowie die Interarytaenoidschleimhaut, letztere besonders linkerseits in eine granulirende Ulcerationsfläche verwandelt ist. Linkes Stimmband vom Taschenband grossentheils überlagert, soweit es zu übersehen, ebenso wie das rechte geröthet, sonst unverändert.

Stimme klanglos, nicht direct heiser. Symptome einer Infiltration der rechten Lungenspitze.

Februar 1889. Heilung des Geschwürs der Zungenwurzel mit vertiefter Narbe und erhebliche Besserung der Larynxafiection nach täglichen Bepinselungen mit 15 %igem Menthol-Oel.

Pat. wurde dem Verein f. wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg am 19. XI. 88 ihres Zungengeschwürs wegen und am 29. IV. 89 nach Heilung desselben vorgestellt.*)

Fig. 2. Hyperplasie der Zungentonsille (Spiegelbild).

B., 34 J. alt, Maurergesellenwittwe aus Königsberg.

Die kräftig gebaute Pat. trat im Sommer 1888 mit der Klage über Verstopfung bald der einen, bald der anderen Nasenseite, über Trockenheit im Schlunde und über die Empfindung, als ob ihr etwas im Halse stecke, in poliklinische Behandlnng.

Objectiv wurde constatirt: Eine in der Regel nur einseit.g vorhandene abnorme Füllung des Schwellgewebes der unteren Nasenmuscheln, und die hier im glossoskopischen Bilde wiedergegebene Hyperplasie der Zungenwurzel-Balgdrüsen. Letztere war, wie man aus der Abbildung ersieht, so erheblich, dass die orale Fläche des Kehldeckels fast vollkommen und theilweise noch der freie Rand desselben sich von dem hypertrophischen Gewebe überlagert zeigte. Im vorderen Theil der Balgdrüsengegend einige ectatische Gefässe. — Am Rachendach ein bis etwa zur Höhe der oberen Arcaden der Choanen reichendes Polster adenoiden Gewebes. Auch die Gaumentonsillen sind mässig vergrössert. — Am übrigen Körper nichts Bemerkenswerthes.

Besserung der Beschwerden nach Abtragung eines grösseren Stückes von der linken Seite der hyperplastischen Tonsilla linguae und galvanocaustischer Behandlung des cavernösen Gewebes der unteren Muscheln.

Fig. 3. Gutartige Pharynxmycose (Spiegelbild).

E. M., 16 J. alt, Verkäuferin aus Königsberg.

Bei der Pat., welche sich wegen chronischer Rhinitis während der Herbstmonate des Jahres 1889 in poliklinischer Behandlung befand, wurden an den beiden in mässigem Grade

*) S. d. Sitzungsberichte: Berl. klin. Wochenschr. No. 9 u. 36.

geschwollenen und leicht gerötheten Gaumentonsillen und an der ebenso veränderten Balgdrüsenregion der Zungenwurzel discrete, stecknadelkopfgrosse, kreidig-weisse Auflagerungen bemerkt. Dieselben liessen sich von ihrer Unterlage ziemlich leicht abschaben und bestanden, wie durch mikroskopische Untersuchung constatirt wurde, aus Pilzmassen, in denen Leptothrix weitaus prävalirte. Ueber irgendwelche Beschwerden von dieser Seite hatte Pat. nicht zu klagen.

Behandlung: Ausheben der Pilzpfröpfe mit einem in geeigneter Weise gekrümmten schmalen Raspatorium. In unserer am 17. X. 89 aufgenommenen Abbildung sieht man die linke Seite bereits fast vollkommen von den in Rede stehenden Auflagerungen befreit. Zur radicalen Beseitigung der restirenden Parasiten war noch eine mehrwöchige Behandlung erforderlich.

Control-Untersuchung Ende März 1890: Zungentonsille und Gaumenmandeln weniger umfangreich und weniger geröthet als früher. Kein Recidiv der Leptothrix-Ansiedelungen.

Tafel XXXIX.

Fig. 1. Tuberculöses Geschwür der Balgdrüsenregion der Zungenwurzel (Spiegelbild).

Fig. 2. Hyperplasie der Zungentonsille (Spiegelbild).

Fig. 3. Gutartige Pharynxmycose Spiegelbild.

Tafel XXXIX

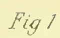




Fig 2

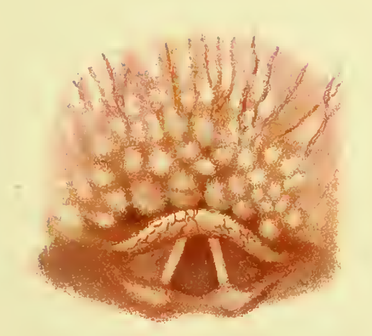
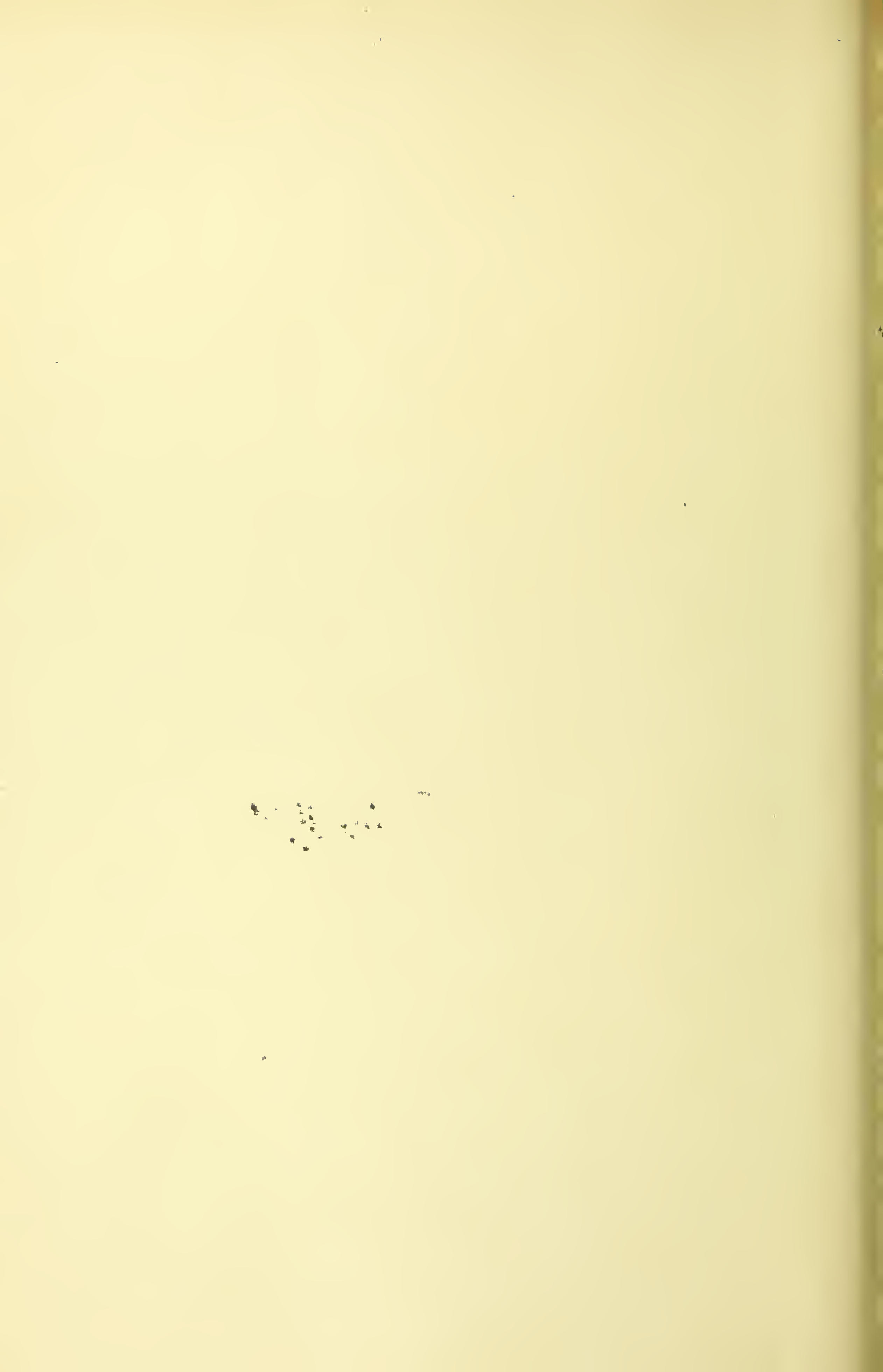


Fig. 3.





Tafel XL.

Fig. 1. Breite Condylome (Schleimhaut-Syphilide, Plaques muqueuses) der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel und der Gaumen-Tonsillen.

F. S., 33 J. alt, Kassenbotenwittwe aus Königsberg.

Pat. gab, als sie sich am 24. XI. 88 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas vorstellte, an, abgesehen von Cholera und Typhus, längere Krankheiten nicht durchgemacht, in specie nie an Hautausschlägen, Drüsenschwellungen, Fluor albus gelitten zu haben; sie sei Mutter von 4 gesunden Kindern, habe niemals abortirt; in näherem Verhältniss stehe sie zu einem Manne, mit dem sie zwar Küsse ausgetauscht, sexuelle Beziehungen aber nicht unterhalten habe. Dieser Mann sei vor nicht langer Zeit in einem Krankenhause behandelt worden. Seit September 1888 bemerkte Pat. an der Unterlippe eine wunde Stelle, die trotz Anwendung einer ihr verordneten Salbe nicht habe heilen wollen. Seit Ende October Schlingbeschwerden, Anschwellung der Drüsen unterhalb der rechten Seite des Unterkiefers, Abmagerung.

Bezüglich des Bräutigams der Pat. wurde ermittelt, dass derselbe vor einigen Monaten an Syphilis erkrankt, zur Zeit Ulcerationen an den Mundwinkeln und an der Lippenschleimhaut darbiete.

24. XI. 88. Blass aussehende Frau in ziemlich gutem Ernährungszustand. An der rechten Seite der Unterlippe, nahe der Lippencommissur, fällt bei geschlossenem Munde eine die Breite des Lippenroths einnehmende, etwa 4 mm im Durchmesser haltende, rundliche, etwas über das Niveau der Umgebung hervorragende Efflorescenz von röthlicher Farbe auf. Auf die Schleimhaut der Unterlippe setzt dieselbe sich in noch etwas erheblicherem Umfang als flache, von einem bogenförmigen, weisslich verfärbten und etwas erhabenen Rande umgebene Ulceration fort. Der Geschwürsgrund ist glatt, wie überfirnisst. An dem der directen Besichtigung zugänglichen Theile der Mundrachenhöhle keine sonstigen Veränderungen.

Glossoskopisch: Balgdrüsenregion der Zungenwurzel durchweg infiltrirt, bis an den freien Rand der Epiglottis hin; ihr Schleimhautüberzug grösstentheils weisslich verfärbt; nach vorn hin grenzen sich die betreffenden Plaques der Balgdrüsengegend mit stumpfzackigen Contouren ab.

Submentaldrüsen indolent geschwollen, hart; eine noch erheblichere, fast walnussgrosse Intumescenz zeigt eine rechtsseitige Submaxillardrüse. Auch die anderen, der Betastung zugänglichen Lymphdrüsen sind sämmtlich in mässigem Grade geschwollen, am meisten die Drüsen des rechtsseitigen Cervicalstranges. Am übrigen Körper, in specie an der Haut und an den Genitalien nichts Abnormes.

Tafel XL.

29. XI. 88. An der Schleimhaut der Tonsillen und der Gaumenbogen einige flache Erosionen.

8. XII. 88 (Tag der Aufnahme unserer Abbildung). Typische Plaques muqueuses der Tonsillarschleimhaut, besonders auch an den im glossoskopischen Bilde sichtbaren hinteren Rändern der Gaumenmandeln. An der Zungenwurzel neben den älteren grösseren ein paar neue kleinere Efflorescenzen. Beginn einer antisyphilitischen Kur (Inunctionen von Unguent. hydrargyr. ciner. 3,0 pro die, Touchiren der Schleimhaut-Syphilide mit Argent. nitricum).

Pat. betreibt den Gebrauch dieser Kur sehr lässig und entzieht sich, noch ehe die Krankheitserscheinungen beseitigt sind, der weiteren Beobachtung. Es wird in Erfahrung gebracht, dass sie sammt ihren neuerdings inficirten Kindern, in einer anderen Poliklinik zu Anfang des Jahres 1890 mit Symptomen constitutioneller Syphilis in Behandlung getreten ist.

Fig. 2. Syphilitische Erosionen der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel und der Schleimhaut der hinteren Kehlkopfwand. (Glosso-laryngoskopisches Combinations-Bild, das glossoskopische Bild bei Phonations-Stellung, das laryngoskopische bei tiefster Inspiration gezeichnet.)

B., 27 J. alt, Geschäftsführer aus Königsberg.

Der früher niemals venerisch inficirte Pat. bemerkte am 22. XII. 89 ein linsengrosses Geschwür an der Innenfläche der Vorhaut und bald darauf eine mässige Anschwellung der rechtsseitigen Leistendrüsen. Für ersteres wurde Sol. Zinc. sulfur. als Verbandwasser benutzt und nach einigen Wochen Heilung erzielt. Aerztlichen Rath suchte Pat. erst, als seit dem 30. I. 90 dauerndes „Brennen in der Tiefe des Halses“ und Schmerzen beim Schlingen, besonders beim Geniessen fester Nahrung, sich einstellten.

4. II. 90. Robust gebauter Mann. An der Innenfläche der Vorhaut eine erbsengrosse, etwas infiltrirte Narbe. Die inguinalen und in geringerem Grade auch die cervicalen Lymphdrüsen beiderseits geschwollen. Am linken Oberarm einige sich über das Niveau der umgebenden Haut wenig erhebende hirsekorn- bis linsengrosse Knötchen. Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle erscheint die Schleimhaut des Velums, der Tonsillen und Gaumenbogen geröthet.

Glossoskopisch: Am medianen, hintersten Abschnitt der Balgdrüsenregion der Zungenwurzel 4 mit gelblichem Belag bedeckte, von einer schmalen gerötheten Zone umrandete, circa hanfkorngrosse Erosionen, zu denen am nächsten Tage an der linksseitigen vorderen Partie der Balgdrüsengegend noch einige ähnliche Erosionen hinzukamen.

Laryngoskopisch: Bei tiefster Inspiration fallen in der Regio subglottica an der linken Seite der hinteren Kehlkopfwand zwei weissliche, kleine Flecke auf.

11. II. 90. Glosso-laryngoskopischer Befund im Wesentlichen unverändert. Eruption neuer Papeln am Rumpf und beiden oberen Extremitäten. Typische Plaques der Tonsillarschleimhaut.

Unter dem Gebrauch einer Inunctions-Kur (30 Frictionen à 3—4 grm) verschwindet der Hautauschlag, sowie die Veränderungen der Schlund-, der Zungen- und Larynxschleimhaut, doch markiren sich Mitte Mai 1890 einige der Stellen, an welchen die hier abgebildeten Erosionen der Zungenwurzelschleimhaut gesessen hatten, noch durch eine im Vergleich zu ihrer Umgebung etwas blassere Färbung. An den Tonsillen wird um diese Zeit ein beginnendes Recidiv der Syphilide constatirt. Inguinal-, Cervical- und Cubitaldrüsen deutlich, erstere aber erheblich weniger als früher vergrössert.

Tafel XL.

Fig. 3. Syphilitisches (?) Geschwür der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel.

J. E., 37 J. alt, Schuhmachersfrau aus Königsberg.

Keine tuberculöse Heredität, keine anamnestischen Anhaltspunkte für Lues. Pat. ist aus erster Ehe Mutter eines jetzt 20jähr. Mädchens. Eine nach Ableben des ersten Mannes eingegangene zweite Ehe blieb kinderlos; Aborte will Pat. nie durchgemacht haben.

Seit einer Reihe von Wochen hatte die bis dahin gesunde Frau über drückende Schmeren im Halse, besonders auf der rechten Seite, zu klagen. Dieselben waren dauernd vorhanden, pflegten sich aber beim Schlingen etwas zu steigern. Der zu Rath gezogene Arzt trug die rechte Mandel ab und machte später Einpinselungen mit 2 %iger Argent. nitric.-Lösung. Da keine Besserung der Beschwerden eintrat, stellte sich Frau E. am 20. XI. 89 in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas vor. Hier wurde folgender Befund erhoben:

Schwächlich gebaute Frau. Bei der Besichtigung der Mundrachenhöhle zeigt sich die Schleimhaut der Gaumenbogen, sowie der linken Tonsille mässig geröthet. Der obere Theil der rechten Gaumenmandel fehlt; am rechten Arcus palatoglossus ein in seiner grössten Ausdehnung etwa 6 mm Länge, 2—3 mm Breite messender, scharfrandig ausgezackter, im Ver laufe der weiteren mehrmonatlichen Beobachtung ganz unverändert bleibender (vermuthlich bei der Tonsillotomie entstandener) Defect.

Glossoskopisch: Drüsensubstanz der Zungentonsille stark entwickelt, aber ohne deutliche folliculäre Gliederung. Die unteren Enden der Gaumenmandeln sind geschwollen; sie lagern dem Balgdrüsengewebe der Zungenwurzel so dicht an, dass es bei der Aehnlichkeit ihres Aussehens auf den ersten Blick, besonders links, nicht ganz leicht ist, sich über die Abgrenzung der einzelnen Segmente des lymphatischen Mundrachenringes zu orientiren. Während aber der Schleimhautüberzug der Gaumentonsillen fast durchweg intact ist (nur auf dem versprengten, medialen Appendix der rechten Mandel findet sich ein stecknadelkopfgrosser, gelber Fleck), fällt an dem hintersten Theil der Zungenwurzel eine flache, ganz unregelmässig geformte, vielzackige, etwa 15 mm in grösster Längen- und Breitenausdehnung messende Erosion auf. Der grössere Theil derselben liegt rechts, der kleinere links von der Medianlinie. Die Untersuchung des Geschwürsbelags auf Tuberkelbacillen giebt ein negatives Resultat. Orale Fläche des Kehldeckels von der Zungen- und den unteren Partien der beiden Gaumentonsillen umlagert; freier Rand desselben ziemlich stark geschwollen. — Submental- und Submaxillardrüsen rechterseits etwas vergrössert.

Bei der Untersuchung des übrigen Körpers wird das Vorhandensein von Rhinitis atrophicans foetida constatirt, sonst aber nichts Krankhaftes ermittelt.

Behandlung zuvörderst ausschliesslich örtlich mit Jodoforminsufflation auf die Geschwürsfläche am Zungengrund. — Als die Heilung der Ulceration bis Mitte December nur geringe Fortschritte machte, ausserdem um diese Zeit heftige Kopfschmerzen sich einstellten, wurde versuchsweise Jodkalium (6 : 200, 3mal tägl. 1 Esslöffel) verordnet. Die Kopfschmerzen verschwanden darauf sehr bald, und auch das Geschwür an der Zungenwurzel heilte im Verlaufe einiger Wochen.

Control-Untersuchung am 18. V. 90: Pat. sieht wohler aus wie früher. Sämmtliche subjectiven und objectiven Krankheitserscheinungen von Seiten des Halses verschwunden. Die Stelle des Zungengrundes, an welcher früher das Geschwür gesessen hat, erscheint etwas flacher als ihre Umgebung.

Tafel XL.

Fig. 1. Breite Condylome (Schleimhaut-Syphilide, Plaques muqueuses) der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel und der Gaumentonsillen.

Fig. 2. Syphilitische Erosionen der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel und der Schleimhaut der hinteren Kehlkopfwand. (Glossolaryngoskopisches Combinations-Bild, das glossoskopische Bild bei Phonations-Stellung, das laryngoskopische bei tiefster Inspiration gezeichnet.)

Fig. 3. Syphilitisches (?) Geschwür der Balgdrüsen-Region der Zungenwurzel.

Tafel XI.

Fig. 1



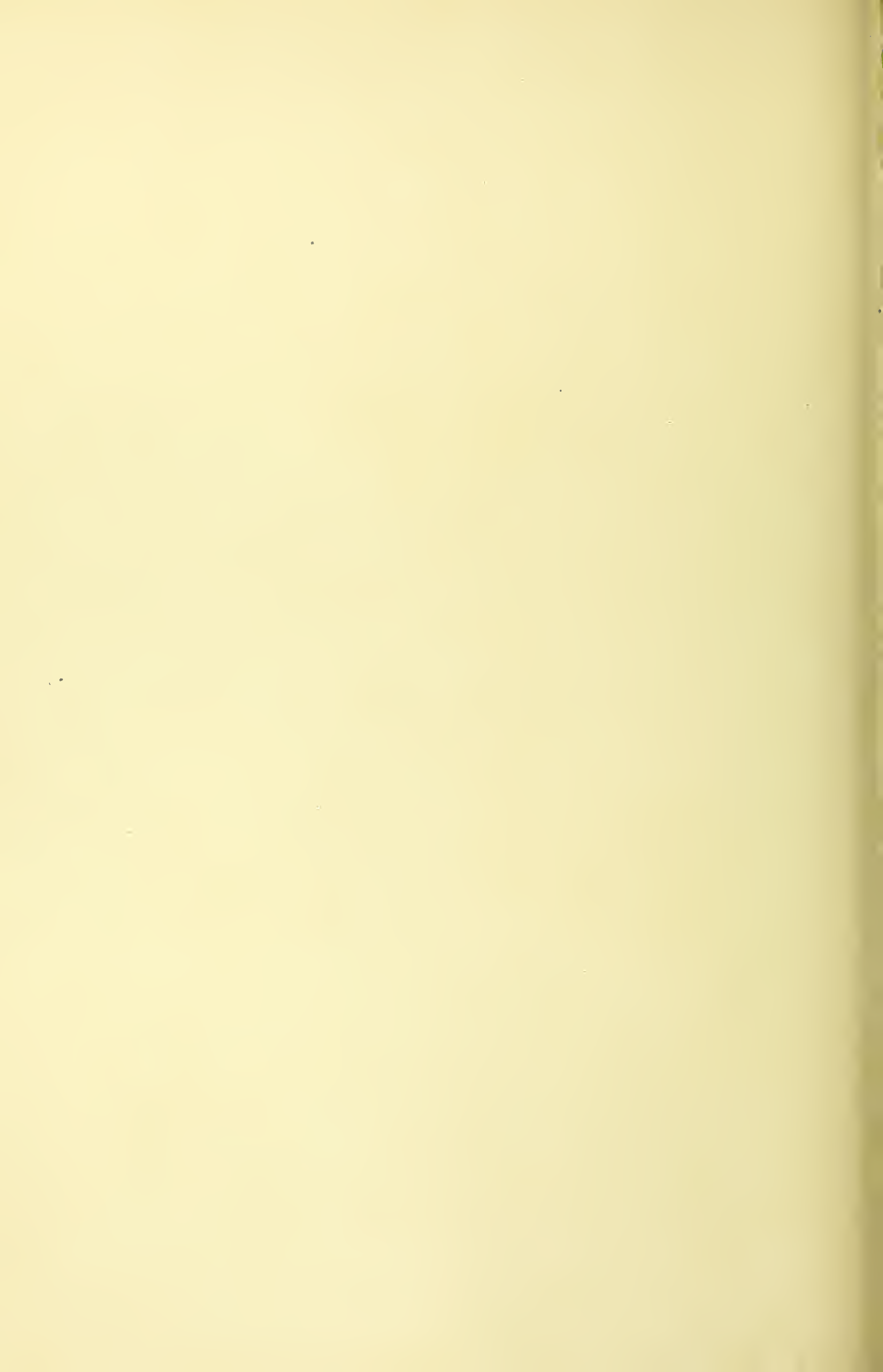
Fig. 2



Fig. 3



Braune pinxit



Tafel XLI.

Fig. 1. Linksseitiger Recessus am Rachendach und Septirung der linken Rosenmüller'schen Grube, beobachtet bei einer an Retronasal-Katarrh leidenden Person.

Frl. J., 20 J. alt, Verkäuferin aus Königsberg.

Pat. stellte sich am 16. VI. 89 mit der Angabe vor, dass sie seit längerer Zeit über Drücken und Trockenheit im Halse zu klagen habe.

Allgemeine Körperconstitution normal. Schleimhaut der Pars oralis pharyngis blass, glanzlos. Befund der pharyngo-rhinoskopischen Untersuchung: Linke Seite des Rachendachs und des angrenzenden Theiles der seitlichen Pharynxwand mit schleimigem Sekret bedeckt. Nach Entfernung desselben sieht man die etwa 6 mm lange, in sagittaler Richtung leicht bogenförmig gekrümmt verlaufende Mündung eines linksseitigen Recessus. Linke Rosenmüller'sche Grube durch mehrere Schleimhautfalten septirt.

Therapie: Aetzung des Recessus mit Höllenstein (an die Knopfsonde angeschmolzen), mehrere Wochen hindurch fortgesetzte Pinselungen mit Lugol'scher Lösung.

Erfolg der Behandlung: Verringerung der Secretion und Besserung der Beschwerden.

Controluntersuchung am 2. II. 90: An der linken Seite des Rachendachs auch heute wieder etwas grauer Schleim. Keine subjectiven Beschwerden.

Fig. 2. Retronasal-Katarrh mit vorwiegender Betheiligung eines median mündenden Recessus am Rachendach (der „Bursa pharyngea“), (Tornwaldt'sche Krankheit).

R. R., 17 J. alt, Landwirthschafts-Eleve aus Ostpreussen.

Der sonst gesunde, kräftig gebaute Pat. leidet seit einigen Jahren an „Nasenverstopfung und Verschleimung im Halse“. Er wurde bisher von anderer Seite erfolglos mit der Nasen-Douche und durch „Brennen in der Nase“ behandelt.

5. XII. 89. Rhinoskopischer Befund: Mediale Fläche beider unteren Muscheln, theilweise auch des linksseitigen Integumentes des Septum cartilagineum von trockenem, glanzlosem Aussehen (wohl infolge der galvanocaustischen Behandlung).

Befund der pharyngoskopischen Untersuchung: Am Fornix pharyngis ein dünnes Polster adenoiden Gewebes; in der Mitte desselben ein Recessus medius mit ca. 7 mm langer, sagittal verlaufender, ziemlich stark klaffender und gelbliches, schleimig-eitriges Secret enthaltender Mündung. Rechts daneben eine zweite spaltförmige Oeffnung, deren Lippen jedoch erst durch Sonden-Dilatation zum Klaffen zu bringen sind. Beide Rosenmüller'schen Gruben von Schleimhautsträngen durchquert.

Behandlung: 8malige Cauterisation des Recessus mit höllenstein-armirter Knopfsonde.

Erfolg der Behandlung: Verringerung der Secretion des Recessns medius; das adenoide Gewebe am Rachendach erscheint weniger prominent.

Fig. 3. Retronasal-Katarrh mit vorwiegender Betheiligung der Recessus am Rachendach.

Frl. H. Sch., 16 J. alt, Schlosserstochter aus Königsberg, ein sonst gesundes, gut entwickeltes Mädchen, stellte sich am 8. VII. 89 mit der Klage über Fremdkörpergefühl im Halse und Verschleimung zum ersten Male vor. Pat. gab an, seit 1885 mehrmals in jedem Jahre Entzündungen der Mandeln durchgemacht zu haben, die mit Vereiterung abzulaufen pflegten. Sprache gaumig-nasal.

Die Besichtigung der Mund-Rachenhöhle ergiebt hochgradige Hyperplasie beider Gaumen-Tonsillen. Pharynxschleimhaut an der Grenze zwischen Pars oralis und nasalis trocken, glatt, wie lackirt aussehend. Aus dem Nasenrachenraum quillt nach Abziehen des Velums mit dem Gaumenhaken dicker, gelblicher Schleim hervor. Die erst nach operativer Beseitigung der hypertrophischen Gaumenmandeln ausführbare pharyngoskopische Spiegeeluntersuchung zeigt: Am Rachendach spaltförmige, in sagittaler Richtung verlaufende Mündungen zweier Recessus; die etwas links von der Medianlinie gelegene, stärker klaffende Oeffnung enthält gelbliches Secret. In beide Recessus dringt die Sonde einige Millimeter tief ein. Dicht hinter (im Spiegelbilde oberhalb) der Recessusmündungen unregelmässig geformte Schleim-Coagula von gelb-grünlicher Färbung. Linke Rosenmüller'sche Grube durch eine Schleimhautfalte in zwei Abtheilungen getheilt. Zur Zeit der Aufnahme der Abbildung finden sich Schleimansammlungen ausser an den bereits erwähnten Stellen des Cavum pharyngo-nasalae noch in beiden Rosenmüller'schen Gruben; ein dicker Schleimfaden senkt sich, der medianen Fläche des rechten Tubenwulstes entlang, auf das Velum hinab.

Behandlung: Einige Monate hindurch 2—3mal wöchentlich ausgeführte Aetzungen der Recessus mit der höllenstein-armirten Knopfsonde.

Erfolg der Behandlung: Fremdkörpergefühl beseitigt. Disposition zu Schleim-Ansammlung im Nasenrachenraum erheblich geringer als früher.

Tafel XLI.

Fig. 1. Linksseitiger Recessus am Rachendach und Septirung der linken Rosenmüller'schen Grube, beobachtet bei einer an Retronasal-Katarrh leidenden Person.

Fig. 2. Retronasal-Katarrh mit vorwiegender Betheiligung eines median mündenden Recessus am Rachendach (der „Bursa pharyngea“), (Tornwaldt'sche Krankheit).

Fig. 3. Retronasal-Katarrh mit vorwiegender Betheiligung der Recessus am Rachendach.

Tafel XLI

Fig. 1



Fig. 2

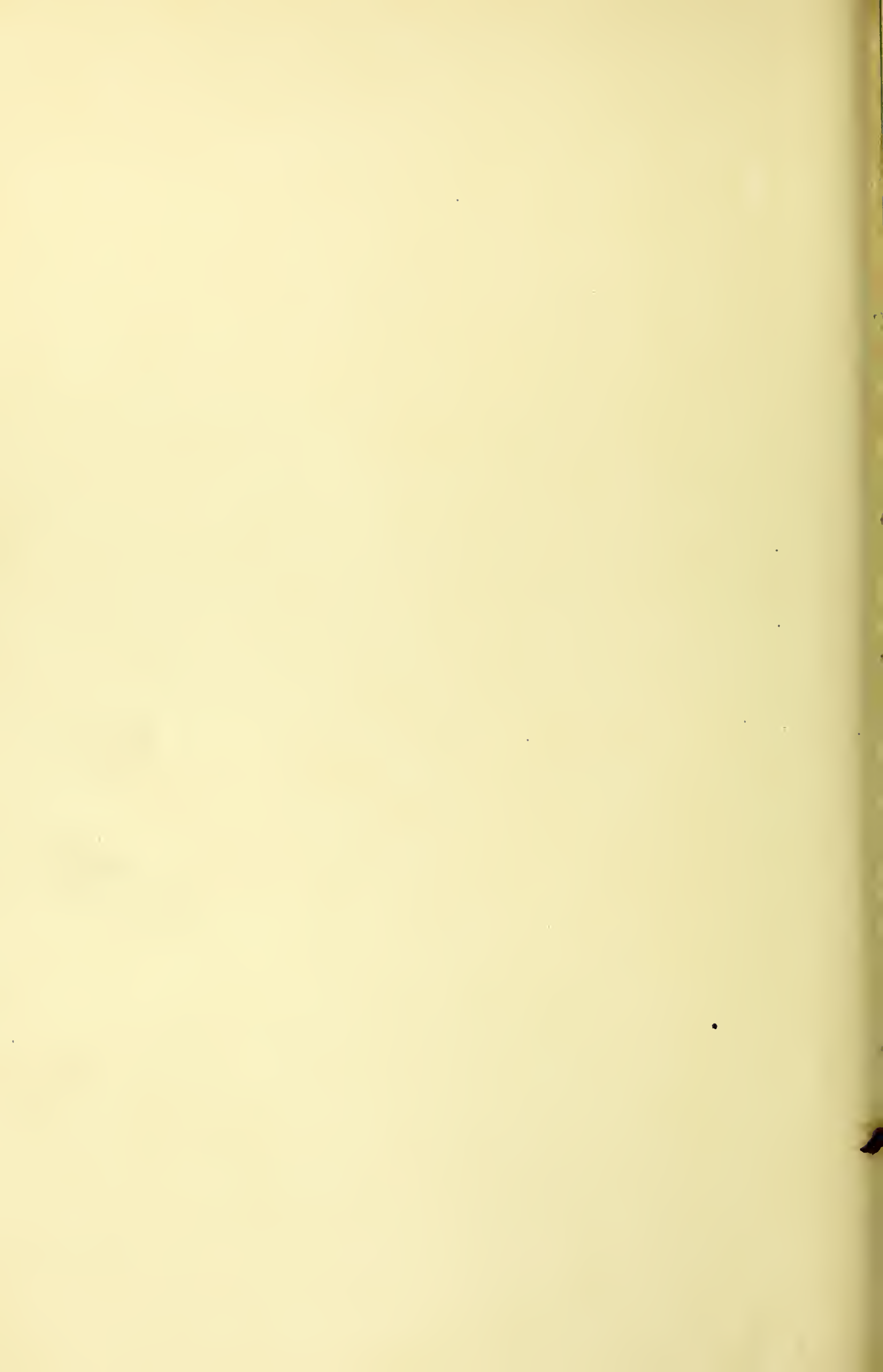


Fig. 3



K. Braune pinxit

W. A. Meyn, Lith. Inst. Berlin.



Tafel XLII.

Fig. 1. Chronische, athrophirende Rhino-Pharyngitis (genuine Ozaena). Pharyngoskopisches Spiegelbild; die linke Seite der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes durch Ausspülen von Borken befreit.

Frl. B., 21 J. alt, Verkäuferin aus Königsberg.

Seit einer Reihe von Jahren Verstopfungsgefühl in der Nase und Ausschnäuzen von übelriechendem, mit Borken vermischten Schleim. Massen von ähnlicher Beschaffenheit werden unter Würgen zeitweise auch durch den Mund herausbefördert. Neuerdings oft dumpfer Kopfschmerz, besonders in der linken Stirn- und Scheitelgegend.

Befund am 8. X. 88. Kräftig gebautes, sonst gesundes Mädchen. Widerlicher, süsslich fader Foetor. Riechvermögen abgeschwächt. In naribus die Symptome fötider atrophirender Rhinitis, daneben — als (seltenere) Complication — weiche Fibrome in der vorderen Partie des linken mittleren Nasenganges. Schleimhaut des Mund-Pharynx blass, glatt, wie lackirt; an einzelnen Stellen grünliche Schleimfäden.

Pharyngoskopischer Spiegelbefund: Atrophie der mit unregelmässig geformten, grünlichgelben Borken grösstentheils bedeckten Schleimhaut des Cavum pharyngo-nasale und des sichtbaren Theils der Nasenhöhle.

Behandlung: Beseitigung der weichen Fibrome durch die Schlinge. Regelmässige Borwasser-Ausspülungen mittelst einer geeigneten Spritze.

Erfolg der Behandlung (bis Februar 1890): Besserung der Beschwerden, wesentlich verringerte Neigung zur Borkenbildung.

Tafel XLII.

Fig. 2. Chronischer Retronasal-Katarrh (Pharyngitis superior); am Rachendach eine „austernschalenartige“ Borke. Pharyngoskopisches Spiegelbild.

E. P., 38 J. alt, Dreher aus Königsberg.

Seit Februar 1887 „Kratzen, Brennen, Empfindung von Wundsein im oberen Theile des Halses, nahe den hinteren Nasenlöchern“. Des Morgens werden unter starkem Würgen harte, zuweilen mit blutigem Schleim vermischte Krusten ausgeworfen. Der Ehefrau des Pat. ist der üble Geruch aus dessen Munde aufgefallen.

Befund am 27. V. 88. Kräftiger, sonst gesunder Mann. Deutlicher, aber nicht sehr intensiver Foetor. In der Mund-Rachenhöhle und im Naseninnern nichts Auffälliges.

Pharyngoskopischer Befund: Schleimhaut des Cavum pharyngo-nasale durchweg blass und dünn. Am Rachendach eine schmutzig-gelb-grün gefärbte „austernschalenartig“ geformte Kruste. Nach Entfernung derselben durch Ausspülungen erscheint die Stelle, an der sie gesessen hat, leicht deprimirt und weisslich verfärbt. Recessus-Bildung nicht zu constatiren.

Behandlung: Einige Monate hindurch fortgesetzte Einpinselungen mit Lugol'scher Lösung; mehrmalige Aetzung der zur Borkenbildung disponirten Stelle am Rachendach mit Argent. nitric. (an die Sonde angeschmolzen); tägliche Ausspülung mit Borwasser von der Nase aus.

Erfolg (bis Februar 1890): Beseitigung der Beschwerden. Die Neigung zur Borkenbildung ist seit Anfang 1889 so gering, dass ein regelmässiger Gebrauch der Spritze nicht mehr nöthig erscheint.

Fig. 3. Chronischer Retronasal-Katarrh. Schleimhaut durch zahlreiche kleine Recessus siebartig gelocht. Borkenbildung am Rachendach. Pharyngoskopisches Spiegelbild.

Fr. M., 33 J. alt, Wittwe aus Ostpreussen.

Seit ca. 6 Jahren Reiz im Halse und Verlust der Singstimme, mitunter Heiserkeit und trockener Husten; morgens meistens „Verschleimung“. Früher bestand auch Verstopfungsgefühl in der Nase und subjective Kakosmie, doch sollen letztere Erscheinungen seit Anwendung von Salicylwasser-Ausspülungen mittelst der Nasendouche verschwunden sein. In den letzten beiden Jahren wurde nur ausnahmsweise noch von der Nasendouche Gebrauch gemacht.

Befund am 30. XII. 89. Allgemeine Körperconstitution normal. Gehör und Riechvermögen nicht herabgesetzt. Die Exhalation der Pat. hat einen nicht direct fötiden, aber eigenthümlich faden, übrigens nur bei speciell darauf gerichteter Aufmerksamkeit bemerkbaren Geruch. Pars oralis pharyngis glatt, wie lackirt aussehend. Rhinoscopia anterior: Nasenschleimhaut blass und etwas verdünnt, zur Zeit frei von Secret und Borken.

Pharyngoskopische Untersuchung: Schleimhaut des Cavum pharyngo-nasale noch ausgesprochener atrophisch wie die des Nasen-Innern. Am Rachendach eine unregelmässig gestaltete missfarbige Borke. Der von dieser nicht überdeckte Theil des Fornix pharyngis siebartig von einer kleinen Anzahl kleiner Oeffnungen durchsetzt. Die umfangreichsten derselben sind längs-oval geformt, nicht über 3 mm lang, 1½ mm breit. Die Schleimhaut der hinteren Rachenwand geht, die Rosenmüller'schen Gruben überbrückend, direct in die der seitlichen Wände über. Entlang dem schwach angedeuteten Contour der oberen Begrenzung

der Tubenwülste eine Anzahl ähnlicher Foramina wie am Rachendach, doch sind dieselben hier mehr rundlich. Nähere mit Zuhilfenahme der Sonde ausgeführte Untersuchung lässt erkennen, dass die beschriebenen Oeffnungen am Rachendach und in der Gegend der Rosenmüller'schen Gruben die Mündungen von einige Millimeter tiefen, grösstentheils mit gelblichem Secret angefüllten Recessus sind.

Therapie: Etwa 12 innerhalb von 5 Wochen ausgeführte Aetzungen der Recessus mit höllenstein-armirten Knopfsonden.

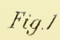
Erfolg der Behandlung: Verringerung der Secretion, geringe subjective Beschwerden.

Tafel XLII.

Fig. 1. Chronische, athrophirende Rhino-Pharyngitis (genuine Ozaena). Pharynkoskopisches Spiegelbild; die linke Seite der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes durch Ausspülen von Borken befreit.

Fig. 2. Chronischer Retronasal-Katarrh (Pharyngitis superior); am Rachendach eine „austerschalenartige“ Borke. Pharyngoskopisches Spiegelbild.

Fig. 3. Chronischer Retronasal-Katarrh. Schleimhaut durch zahlreiche kleine Recessus siebartig gelocht. Borkenbildung am Rachendach. Pharyngoskopisches Spiegelbild.





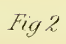


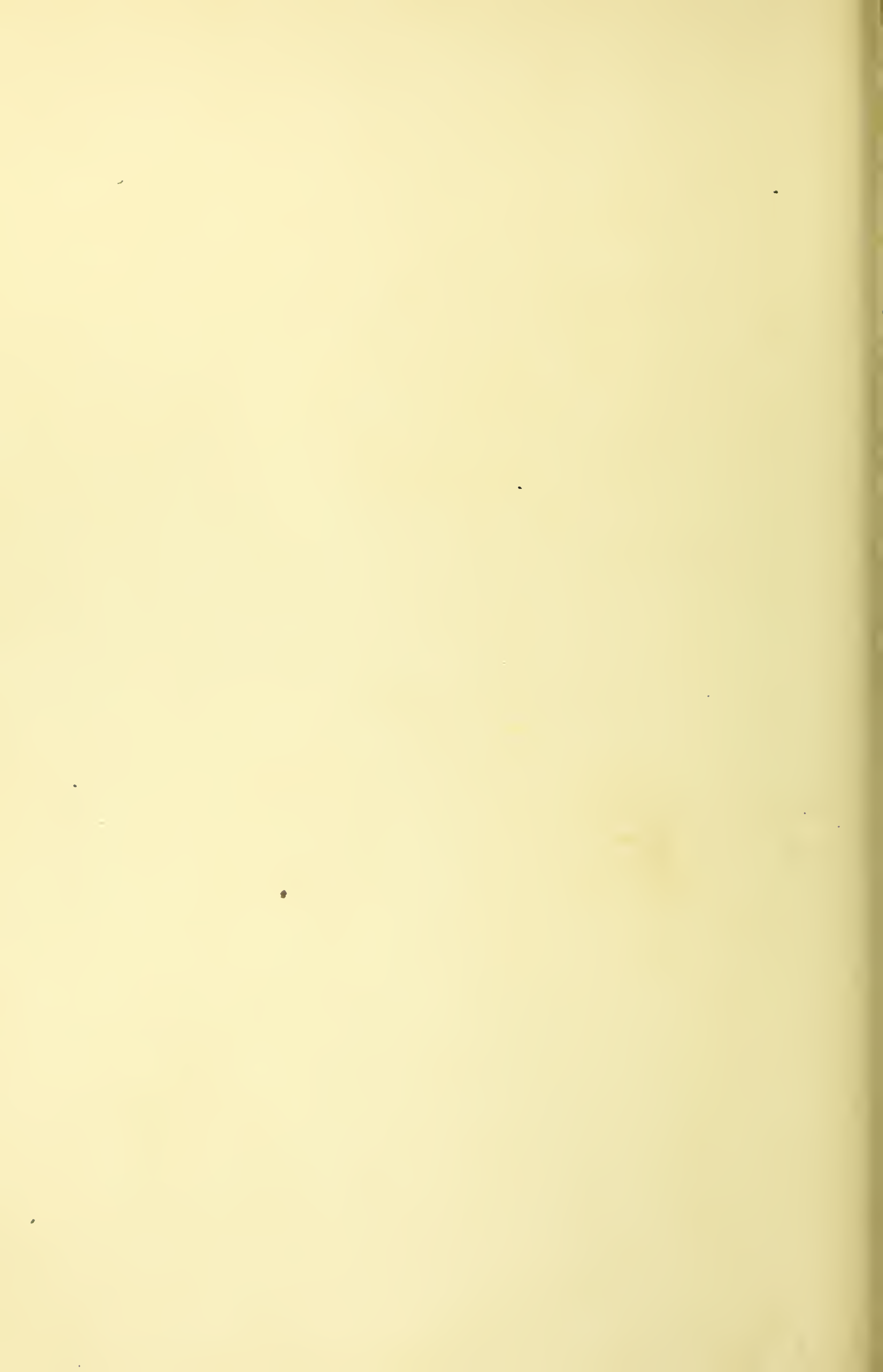


Fig.3



H. Braune pinxit

W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin.



Tafel XLIII.

Fig. 1. Adenoide Vegetationen des Nasen-Rachenraums (Hypertrophie der Pharynx-Tonsille) mit Hyperplasie der Bedeckungen der Nasenmuscheln.

A. B., 16 J. alt, Arbeiterstochter aus Königsberg.

Im 7. Lebensjahr Masern. Seit einigen Jahren Nasenverstopfung und Schwerhörigkeit, letztere von periodisch wechselnder Intensität.

Befund am 27. I. 1890: Kräftig gebautes, sonst gesundes Mädchen. Mund wird dauernd offen gehalten. Nasenrücken etwas breit. — Sprachklang matt, nasal. Riechvermögen fehlt. Gehör: Ticken der Taschenuhr wird 5—7 cm. weit auf beiden Ohren percipirt. — Rhinoskopischer Befund: Hyperplasie beider unteren Muscheln, papillomatöse Hyperplasie des sichtbaren Theils der rechten mittleren Muschel, weiche Fibrome im linken mittleren Nasengang. — Pharyngoskopischer Befund: Am Rachendach ein dickes Polster hyperplastischen cytogenen Gewebes; beide Rosenmüller'sche Gruben von adenoiden Vegetationen ausgefüllt, durch welch letztere die Tubenwülste theilweise überlagert werden. Aus der linken Choane prominirt als grau-röthlicher Tumor das infiltrirte Ende der unteren Muschel, die ganze, von der hypertrophischen Retronasaltonsille nicht verdeckte Partie des Spiegelbildes dieser Nasenseite occupirend. Rechts zeigt das hypertrophische Ende der mittleren Muschel eine noch dunkler grau-röthlich gefärbte und zugleich grobkörnige Oberfläche. — Otoskopischer Befund: Einziehung beider Trommelfelle und Trübungen an denselben.

Behandlung: Abtragung der adenoiden Wucherung am Rachendach mittelst des Gottstein'schen Messers, der Hyperplasieen der Muscheln und der weichen Fibrome der Nasenhöhle sowie der Vegetationen in den Rosenmüller'schen Gruben mit der Schneideschlinge (theils galvanocaustisch, theils kalt) unter Leitung der Rinoscopie.

Histologische Untersuchung der abgetragenen Massen bestätigt die Richtigkeit der Diagnose.

Erfolg der Behandlung: Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Nase; Besserung der Hörweite.

Tafel XLIII.

Fig. 2. Adenoide Vegetationen des Nasen-Rachenraums.

F. A., 21 J. alt, Post-Eleve aus Danzig.

Seit dem 10. Lebensjahre Nasenverstopfung und Schwerhörigkeit; 1880—82 Behandlung durch einen Berliner Ohrenarzt. Dannach Besserung des Gehörs, während die Undurchgängigkeit der Nase fortbestand. Im Frühjahr 1889 wiederum Abnahme der Hörweite. Der Anfang August 1889 zu Rath gezogene Königsberger Otiater constatirte als Ursache der Schwerhörigkeit das Vorhandensein adenoider Vegetationen im Nasenrachenraum und secundäre Tubenschwellung. Nach der durch einige Wochen fortgesetzten Application des Ohrcatheters wurde die Schwerhörigkeit des Patienten zwar geringer, doch hatte er noch immer zeitweise die Empfindung „als ob ihm die Ohren mit Watte verstopft seien".

Befund am 3. X. 1889. Kräftig gebauter Mann. Sprache laut und volltönend. Die Untersuchung mit (vorderer) Rhinoskopie und Pharyngoskopie zeigt das Rachendach mit stumpfzottigen, durch die Sonde beweglichen, weich anzufühlenden Massen von der Farbe normaler Schleimhaut occupirt. Die betreffende Geschwulst verdeckt vorhangartig den oberen Theil des Choanenbildes und lässt nur den unteren Abschnitt des Septum, die hinteren Enden der unteren Muscheln und einen Theil der linken mittleren Muschel frei. Beide Rosenmüllerschen Gruben mit Vegetationen von gleichem Charakter ausgepolstert.

Behandlung: Abtragung der Hauptmasse der Wucherungen mit der vom Munde her unter Leitung des Spiegels eingeführten galvanocaustischen Schneideschlinge. Die in den Rosenmüller'schen Gruben sitzenden Vegetationen werden mit der durch die Nase eingeführten kalten Schlinge entfernt.

Erfolg der Behandlung: Gute Durchgängigkeit der Nase. Keine auf das Gehör bezüglichen Klagen mehr, obschon die Hörweite links zur Zeit der letzten Untersuchung (am 12. X. 1889) noch etwas hinter der Norm zurückbleibt.

Fig. 3. Weiches Fibrom des Nasen-Rachenraums.

Frl. P., 20 J. alt, Schneiderin aus Königsberg.

Seit Anfang 1889 Zeichen von Undurchgängigkeit der Nase. 4 Monate hindurch fortgesetzte erfolglose Versuche eines Arztes, durch Brennen und anderweitige, in der Nase ausgeführte Eingriffe den Zustand zu bessern.

Befund am 9. XII. 89. Zart gebautes, sonst gesundes Mädchen; hält dauernd den Mund ein wenig geöffnet. Riechvermögen für stärker riechende Substanzen erhalten. Sprache von etwas nasalem Beiklang. — Rhinoskopischer Befund: Beim Blick in den unteren hinteren Theil der linken Nasenhöhle sieht man eine graue, bei Sondenberührung sich weich, elastisch anfühlende Masse. Sonst keinerlei Veränderungen. — Pharyngoskopischer Befund: Das Cavum pharyngo-nasale von einem annähernd kugelrunden, nach seiner oberen Kuppe hin sich etwas verjüngenden und daselbst flach gefurchten, etwa 25 mm im grössten Durchmesser haltenden Tumor ausgefüllt. Mit seinem unteren Segment berührt derselbe den vorderen Theil des Velum palatinum. Die Oberfläche der Geschwulst hat eine grau-röthliche, fein chagrinirte Beschaffenheit. Mit Ausnahme eines kleinen lateralen Abschnitts der rechten Choane wird das Bild der hinteren Theile der Nasenhöhle durch den Tumor verdeckt. In der linken Rosenmüller'schen Grube vorn ein Schleimhautstrang. Sondenuntersuchung lehrt, dass die beschriebene Geschwulst 1) hinsichtlich ihrer Consistenz der von der Nase aus palpirten vollkommen gleicht, 2) nach allen Richtungen hin im Nasen-Rachenraum verschoben werden kann. Ueber die Insertionsstelle lässt sich zuvörderst nichts Sicheres feststellen.

Behandlung: Entfernung des Tumors in zwei operativen Sitzungen am 11. XII. 89

und 12. XII., theils mit der Störk'schen Choanenzange, zum grössten Theil aber mittelst der von der linken Nasenhöhle aus in den Nasen-Rachenraum eingeführten Schneideschlinge. Im Verlaufe der Operation wird erkennbar, dass die Wurzel des Tumors sich am hintersten Ende des Septum narium befindet.

Anatomischer Befund: Stellenweise cystoid verändertes weiches Fibrom.

Erfolg der Behandlung: Vollkommene Durchgängigkeit der Nase; Besserung des Riechvermögens und des Sprachklanges.

Control-Untersuchung Ende Februar 1890: Keine Spur von Geschwulstbildung in der Nasenhöhle sowie im Nasen-Rachenraum.

Fig. 4. Fibrosarkom des Nasen-Rachenraums (Basis-Fibrom).

A. D., 17 J. alt, Schmiedelehrling aus Ostpreussen.

Die Mutter des Pat. starb an Magenkrebs, der Vater und zwei Brüder leben und sind gesund. Seit Juni 1889 Unfähigkeit zu schnäuzen, nasaler Sprachklang, „beängstigend starkes" Schnarchen, Trockenheit im Halse.

Befund am 19. I. 89: Schwächlich gebauter, sonst gesunder und geistig reger junger Mensch. Sprache näselnd, Gehör, Riechvermögen und Geschmack nicht in irgend erheblicher Art beeinträchtigt. — Rhinoskopischer Befund: Bedeckungen der r. u. Muschel durch eine, etwa 4 cm lange, mit weisslichen Streifen durchsetzte Gewebsfalte an das Integument des Septum cartilagineum angeheftet; zwischen l. u. Muschel und Septum eine kleinere Adhäsion. Sonst nichts Bemerkenswerthes. Schleimhaut der Pars oralis pharyngis trocken, wie lackirt aussehend. — Pharyngoskopischer Befund: Das Cavum pharyngeo-nasale wird von einem fast kugelrunden, etwa 25—30 mm im Durchmesser haltenden, mit seinem unteren Theil dem Velum palatinum auflagernden Tumor ausgefüllt. Derselbe drängt den rechten Tubenwulst etwas nach vorn und comprimirt das pharyngeale Ende der linken Tuba Eustachii. Oberfläche der Geschwulst glatt, von der Farbe normaler Schleimhaut, grösstentheils mit zähem, gelblichem Secret bedeckt. Rosenmüller'sche Gruben von Schleimhautsträngen durchzogen. — Digital-Untersuchung ergiebt, dass der Tumor von harter Consistenz ist, breitbasig am Rachendache inserirt ist und sich nur wenig bewegen lässt.

Therapie: Beseitigung der Adhäsionen zwischen unteren Muscheln und Septum mittelst des galvanocaustischen Flachbrenners. Elektrolytische Behandlung des Fibroms.

Nachdem in etwa 13 Sitzungen die unterste Partie der Geschwulst durch bipolare Galvanocauterisation zum Theil zerstört ist, entzieht sich Patient im Frühjahr 1889 der weiteren Beobachtung, hat sich jedoch in neuerer Zeit wieder gemeldet; es soll eine radicalere Behandlung demnächst vorgenommen werden.

Tafel XLIII.

Fig. 1. Adenoide Vegetationen des Nasen-Rachenraums (Hypertrophie der Pharynx-Tonsille) mit Hyperplasie der Bedeckungen der Nasenmuscheln.

Fig. 2. Adenoide Vegetation des Nasen-Rachenraums.

Fig. 3. Weiches Fibrom des Nasen-Rachenraums.

Fig. 4. Fibromsarkom des Nasen-Rachenraums (Basis-Fibrom).

Fig. 1



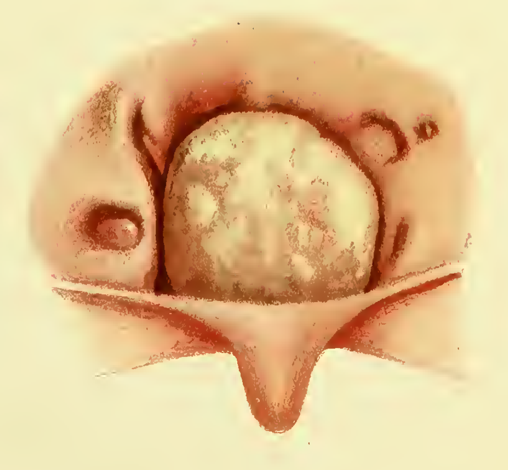
Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



K. Braune pinxit

W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin



Tafel XLIV.

Fig. 1. Stomatitis mercurialis (Stomakace mercurialis).

K. S., 21 J. alt, Gehilfe in einem Droguen-Geschäft.

Der bis dahin gesunde, insonderheit niemals syphilitissh inficirte Pat. erkrankte vor 3 Wochen unter Schmerzen im Munde, Speichelfluss und Blutungen aus dem Zahnfleisch; in letzter Zeit wurde auch übler Geruch aus dem Munde bemerkt. Gurgeln mit Alaun besserte den Zustand nicht; Pat. entschloss sich jedoch erst, als sein Allgemeinbefinden sich auffällig verschlechterte, von der Geschäftsreise, auf der er sich befand, heimzukehren und in der Poliklinik eines der Herausgeber dieses Atlas ärztlichen Rath zu suchen.

3. VI. 91. Kräftig gebauter, junger Mann. Gesichtsfarbe blass. Augenblickliche Klagen: Bohrende und ziehende Schmerzen in den Zähnen, Speichelfluss, Schmerzen im Munde und Halse bei der Aufnahme sowohl von flüssiger, wie ganz besonders von fester Nahrung; Geschmacksempfindung stark beeinträchtigt. Während der letzten Nächte waren Fiebererscheinungen aufgetreten (Frost und Hitze, Schwitzen). Ueber die Ursache seiner Erkrankung weiss Pat. selbst nichts anzugeben; erst durch nähere Nachfrage wird festgestellt, dass er einige Zeit vor Beginn seiner Erkrankung 300 Pulver à 2 grm Sublimat (Hydrargyrum bichloratum) ohne Anwendung irgendwelcher Schutzmassregeln abgewogen habe. — Hochgradiger Foetor ex ore. Am unteren Theil der linken Wange fällt eine leichte Anschwellung der Weichtheile auf. Die linksseitigen Submaxillardrüsen sind empfindlich und soweit vergrössert, dass sie sich als eine mässige Intumescenz bereits für den Gesichtssinn markiren. Rechterseits kann eine mandelgrosse Submaxillardrüse getastet werden. — Gebiss im Allgemeinen normal. Nur der II. r. u. Molaris ist cariös; der II. l. u. Mol. wegen Caries früher bereits extrahirt. Der Oberfläche der Zähne, besonders den Zahnhälsen haftet ein missfarbener, grau-grünlicher, schmieriger Belag an. Das Zahnfleisch ist überall von einem leicht verdickten, schmalen, an einzelnen Stellen gerötheten, an anderen ulcerirten und gelblich verfärbten Saum umrandet. Die Zahnfleischpyramiden von ungleichmässiger Höhe, grösstentheils stark verkürzt, bei Berührung leicht blutend. Der obere Theil der Gingiva liegt den Zähnen nicht fest an,

sondern lässt sich durch eine Sonde fast überall ohne Anwendung von Gewalt abheben. Im Uebrigen bietet das Zahnfleisch, ebenso wie die Wangen- und Lippenschleimhaut grösstentheils ein gequollenes, trübes Aussehen dar. In der Gegend des II. r. u. Molaris ist die Gingiva oberflächlich ulcerirt. An einzelnen Partien der Wangenschleimhaut sind Zahnabdrücke erkennbar. Linkerseits am hinteren Theil der Wangenschleimhaut entsprechend dem Interstitium zwischen den letzten unteren und oberen Molaren ein mit missfarbenem, gelb-grau-grünlichem, stellenweise braun-röthlichem sphacelösem Belag bedecktes, von unregelmässigen, gerötheten und leicht geschwollenen Rändern umgebenes Ulcus. Dasselbe greift medialwärts auf den Schleimhautbezirk hinter den unteren Molaren über. Oberkieferschleimhaut blass, stellenweise weisslich verfärbt. Mucosa veli in mässigem Grade diffus geröthet. Oberhalb der Wurzel der Uvula eine stecknadelkopfgrosse, in der rechtsseitigen Interalveolarfalte eine fast linsengrosse Erosion mit gelblichem Grunde und entzündlich gerötheter Circumferenz. Einige ähnliche Erosionen finden sich, wie durch glossoskopische Untersuchung festgestellt wird, an der Zungenwurzel. Die Schleimhaut des direct sichtbaren Theils der Zunge zeigt nur geringe Veränderungen; sie ist leicht gequollen, lässt an ihrer Oberfläche die papilläre Structur nicht deutlich erkennen und zeigt am hinteren Theil oberflächliche Zahnabdrücke. Am Pharynx und Larynx sowie am übrigen Körper nichts Krankhaftes. Körpertemperatur Morgens 38,2, Abends 38,5. Defäcation angehalten.

Behandlung: Reinigung des Mundes abwechselnd mit Eiswasser und mit Thymolwasser, Abreiben der Zähne und des Zahnfleisches mit Jodoform; während der Nacht Einlegen von Jodoformgaze-Streifen zwischen Lippen- und Wangenschleimhaut einerseits, Zahnfleisch andrerseits.

17. VI. 91. Das Allgemeinbefinden des Pat. hat sich wesentlich gebessert; Fiebererscheinungen sind seit dem 7. VI. 91 nicht mehr aufgetreten. Der Grund der noch vorhandenen Geschwüre sieht rein aus. Zähne ziemlich frei von Belag. Zahnfleischrand noch etwas aufgelockert und stellenweise erodirt. Derselbe wird fortan öfters mit dem Arg. nitr.-Stift touchirt, im Uebrigen die frühere Behandlung fortgesetzt.

3. VII. 91. Geheilt entlassen.

Fig. 2. Bednar'sche Plaques, Bednar'sche Aphthen, Gaumen-Aphthen, bei einem neugeborenen Kinde.

Kind X., 6 Tage alt, in der gynäkologischen Klinik zu Königsberg zur Welt gekommen und daselbst näher beobachtet.

An dem sonst gesunden, hereditär nicht belasteten Kinde fallen am 4. Lebenstage die ersten Anzeichen der in Fig. 2 wiedergegebenen, später mit theilweiser Exfoliation einhergehenden symmetrischen Verfärbungen der lateralen Partien der Gaumenschleimhaut auf. Die hintere Grenze der veränderten Stellen entspricht der Crista marginalis, einer von dem Foramen paltin. post. nach der Mitte und etwas nach vorn verlaufenden, ungefähr 5—6 mm vor der Raphe aufhörenden scharfen Knochenleiste. Die vordere Grenze liegt in der Naht, in welcher die horizontale Platte des Gaumenbeines mit dem Gaumenfortsatz des Oberkiefers zusammenstösst, die laterale fällt mit dem Verlauf der Art. palat. med. zusammen, die mediale liegt in der Verbindungslinie der medialen Eckpunkte der erwähnten Knochenleisten.

Die Gegend der Gaumenraphe markirt sich gleichfalls grösstentheils durch eine lineäre, elfenbeinartige Verfärbung. In Höhe des vorderen Theiles der Bednar'schen „Plaques" sieht man an Stelle dieser lineären Verfärbung eine Gruppe kaum mohnkorngrosser, blass-gelblich gefärbter, über das Niveau der umgebenden Schleimhaut nur wenig prominirender, derb, fast knorpelhart sich anfühlender Knötchen. Der den Knötchen zunächst gelegene Abschnitt der Raphe lässt eine kolbige Verdickung erkennen. — Behandlung findet nicht statt.

Am 12. Lebenstage des Kindes sind die Flecke an den lateralen Partien der Gaumenschleimhaut ungefähr um die Hälfte verkleinert und von einem rothen Saum umgeben; drei Tage später ist jede Spur von Verfärbung geschwunden. Beschaffenheit der Schleimhaut in der Gegend der Gaumenraqhe vorläufig unverändert.

Fig. 3. Gonorrhoische Erkrankung der Mundschleimhaut eines neugeborenen Kindes (Stomatitis gonorrhoica).

Kind L., 11 Tage alt, unehelich.

Mutter des Kindes nicht syphilitisch, aber mit florider Gonorrhoe und spitzen Condylomen an den Genitalien behaftet.

Das am 15. I. 91 gesund zur Welt gekommene Kind selbst enkrankt am 19. I. 91 an Conjunctivitis blennorrhoica. Die ersten Anzeichen von Mundschleimhauterkrankung wurden am 8. Lebenstage bemerkt. Am 25. I. 91, dem 11. Lebenstage, hat der Krankheitsprocess seinen Höhepunkt erreicht. Die Mundschleimhaut sieht mit Ausnahme der erkrankten Partien resaroth aus. Die afficirten Stellen sind (s. Fig 3): 1) Die Kuppe der Alveolarfortsätze bis auf 5 mm Breite; am mittleren Theile des Unterkiefers die gesammte Innenfläche desselben, in seiner Nachbarschaft ein zapfenförmiger Abschnitt der Schleimhaut des Mundbodens. 2) Die Zunge in ihrem vorderen Drittel mit Ausnahme einer 2 mm breiten Randzone. 3) Am oberen Gaumengewölbe der ganze hintere Theil. Hier präsentirt sich der veränderte Schleimhautbezirk unter dem Bilde einer schmetterlingsartigen, sich symmetrisch zu beiden Seiten der Raphe ausbreitenden Figur. Die lateralen Theile derselben grenzen sich vorn in ähnlicher Weise ab, wie die bei so vielen Neugeborenen zu beobachtenden Bednar'schen „Plaques“ (s. Fig. 2), greifen dorsalwärts aber über die von diesen gewöhnlich occupirte Region hinaus und sind durch ein kürzeres Mittelstück mit einander verbunden. Die vordere Begrenzung der afficirten Partie würde etwa der Stelle entsprechen, wo der hintere Rand des Processus palatinus des Oberkiefers mit dem vorderen Rand der Lamina horizontalis des Gaumenbeins zusammenstösst, die hintere seitliche Grenze der Gegend des Hamulus pterygoideus, die nach hinten vorgeschobene Zacke des mittleren Theiles der Figur, dem sogen. Torus palatinus. — Die pathologisch afficirten Partien heben sich ein wenig über das Niveau der gesunden Schleimhaut hervor und unterscheiden sich von diesen vor Allem durch ihre schmierige, grau-gelbliche Färbung. — In den von dem Belag der erkrankten Flächen angefertigten Strich-Präparaten finden sich zahlreiche Eiterkörperchen, spärliche Epithelzellen. Im Protoplasma der ersteren, ausnahmsweise auch in dem der letzteren typische, durch alle gangbaren Untersuchungsmethoden als solche charakterisirte Neisser'sche Gonococcen. Daneben sieht man viele freiliegende Gonococcen in kleineren und grösseren Haufen, manchmal in förmlichen Rasen. Die mikroskopische Untersuchung excidirter Schleimhautstücke lässt erkennen, dass die Invasion der Mikroben sich auf den epitelialen Theil der Schleimhaut beschränkt. Innerhalb desselben dringen sie intercellulär in langen Zügen bis zum Papillarkörper vor, lassen sich in letzterem selbst aber nicht mehr nachweisen.

26. I. 91 beginnt, ohne dass irgendwelche Behandlung stattgefunden hat, der Heilungsvorgang. Die Ränder der Beläge zeigen sich von einem ca. 1--2 mm breiten, entzündlich gerötheten, demarkirenden Saum umgeben. Von hier aus erfolgt allmälig die Regeneration der Schleimhaut.

Am 25. II. 91 ist auch der letzte Rest von Belag verschwunden, ohne irgendwelche Spuren zu hinterlassen.

(Die Krankengeschichte dieses, in der gynäkologischen Klinik zu Königsberg beobachteten Falles ist in der Arbeit Rosinki's: „Ueber gonorrhoische Erkrankung der Mund-

schleimhaut bei Neugeborenen“*) in extenso mitgetheilt. Herr Geheimrath Dohrn hatte die Güte, uns die von H. Braune aufgenommenen Original-Abbildungen zu Fig. 2 und zu Fig. 3 zur Verfügung zu stellen.)

Fig. 4. Hämorrhagische Erkrankung der Mundschleimhaut (Stomatitis haemorrhagica) bei Morbus maculosus Werlhoffii.

R. J., 40 J. alt, Werkführer aus Königsberg.

Der hereditär in keiner Weise belastete Mann, Potator mässigen Grades, will bis zu seiner jetzigen Krankheit stets gesund gewesen sein. Syphilitische Antecedentien nicht zu eruiren. Ernährungsart und Wohnung des Pat. sollen gut gewesen sein. In seiner Berufsthätigkeit ist Pat. vielfach wechselnden Temperatureinflüssen ausgesetzt gewesen, und glaubt sein jetziges Leiden auf Erkältung zurückführen zu sollen. Dasselbe begann Ende Februar 1891 mit starker Heiserkeit und Athemnoth. Während erstere sich nach einiger Zeit etwas besserte, dauerten die Athembeschwerden nicht nur fort, sondern steigerten sich allmälig immer mehr und mehr; ausserdem stellten sich Herzklopfen, Schmerzen in der Tiefe des Halses beim Schlingen, Verlust der Geschmacksempfindung, Appetitlosigkeit, starkes Schwitzen und Abmagerung ein. Schmerzen in den Muskeln und Gelenken waren nicht vorhanden, doch ermüdete Pat. schnell nach der geringsten Körperbewegung. Zu den erwähnten Beschwerden gesellte sich in letzter Zeit Schwindelgefühl, besonders beim Aufrichten, Sausen im Kopfe und Kopfschmerz. Seit dem 18. III. 91 dauernde Blutungen aus dem Zahnfleisch und übelriechender Athem; gelegentlich auch Abgang schwarzer Blutklümpchen aus der Nase. Am 26. III. 91 wurden, über den ganzen Körper verbreitet, aber namentlich an den unteren Extremitäten, schwarz-röthliche Flecke bemerkt. Auf ähnliche schwärzliche Flecke an seiner Zunge war Pat. schon einige Tage früher durch Schmerzen an den betreffenden Stellen aufmerksam geworden. Aufnahme in die medicinische Universitätsklinik zu Königsberg.

26. III. 91. Ziemlich kräftig gebauter Mann. Puls 80 i. d. M., regelmässig, von geringer Spannung; Körpertemperatur schwankt zwischen 39—40°. Gesichtsfarbe und Farbe der übrigen Haut, sowie der sichtbaren Schleimhaut von hochgradig livider, fast cadaveröser Blässe. Keine Oedeme. Sensorium frei. Sprache belegt. Starker Foetor ex ore. Die genauere Besichtigung der Mundhöhle (Fig. 4) ergiebt Folgendes: Lippenschleimhaut von wachsartigem Aussehen; in derselben einzelne theils röthliche, theils braun-röthliche (rostfarbene) oder mehr blau-röthliche submucöse Hämorrhagien von Stecknadelkopf- bis Linsengrösse. Zungenoberfläche von trockener Beschaffenheit, mit bräunlichem Belag bedeckt, der in unregelmässiger Begrenzung bis hart an die Zungenränder heranreicht. An diesen letzteren finden sich beiderseits Petechien von gleichem Charakter wie an der Lippenschleimhaut. Das Zahnfleisch in mässigem Grade gequollen und an seinen Rändern aufgelockert, im Bereiche der Eck- und Backzähne beiderseits hämorrhagisch verfärbt und aus verschiedenen Stellen blutend. Auf die Zahnkronen selbst zieht sich vom Gingivalrande aus ein schmieriger Belag hinauf, in dessen Colorit theils bläuliche, theils bräunliche Farbentöne prävaliren und der sich bei der mikroskopischen Untersuchung als vorwiegend aus Leptothrixfäden bestehend erweist. Am weichen Gaumen, 2 cm vor den rechtsseitigen Gaumenbögen, eine linsengrosse Schleimhautekchymose. Die Körperhaut, namentlich an den unteren Extremitäten, ist mit Tausenden von dicht unter der Oberfläche liegenden, ganz kleinen, punktförmigen, bis linsengrossen Petechien von dunkelrother bis braungrüner Farbe übersät. Daneben scheinen

*) Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, XXII.

umfangreichere, die tieferen Hautschichten occupirende dunkelblaue und dunkelbraune Flecke durch. Am Rumpfe nur wenige Petechien. Vollkommen frei von solchen ist die Haut des Gesichts. Lippen trocken, an der Schleimhautgrenze mit dünnen bräunlichen Borken bedeckt. Aus dem sonstigen Befunde ist hervorzuheben, dass der Herzspitzenstoss weder sicht- noch fühlbar, und dass auscultatorisch von der Herzspitze bis zum Sternum ein ziemlich lautes, zum Theil musikalisches, systolisches Geräusch über leisen, fast unveränderten Herztönen zu hören ist. Die laryngoskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein einer breitbasig am Rande des rechten Stimmbandes sich inserirenden, röthlich gefärbten, etwa linsengrossen Geschwulst. Patellarreflexe gesteigert. Stuhl seit einigen Tagen angehalten. Urin stark urobilinhaltig, frei von Eiweiss und Zucker. Blutkörperchenzählung mittelst der Zeiss-Thoma'schen Kammer ergiebt zum ersten Male 1 420 000, zum zweiten Male 1 820 000, also etwa $^1/_3$ des normalen Gehalts an Blutkörperchen.

Behandlung: Eiswasser; innerlich: Ergotin, Wein.

28. III. 91. Pat. hat gestern und vorgestern grosse Mengen Blut aus dem Zahnfleisch verloren, am 27. III. 91 Abends einen epileptiformen Anfall gehabt. Somnolenz. Petechien haben an Zahl abgenommen. Starker Tremor der Hände. Heute Abend eine Attaque mit klonischen Zuckungen, die allmälig am linken Arm ausklingen; Tremor in allen Gliedern. Pat. scheint während dieses Anfalls das Bewusstsein nicht vollkommen verloren zu haben. Nachts grosse Unruhe. Jactationen.

29. III. 91 Morgens: Exitus letalis.

Das Ergebniss der am 30. III. 91 (durch Herrn Prof. Nauwerck) im pathologischen Institut zu Königsberg ausgeführten Obduction lautet: Allgemeine Anämie. Hämorrhagien in fast allen inneren Organen und in der Haut. Schleimhautnekrosen im Rachen und an der Epiglottis. Endocarditis (entlang der Schliessungslinie der Mitralklappe kleine, sammetartig weiche Efflorescenzen). Fibromatöser Kehlkopfpolyp.*) — Aus dem Inhalt des Sectionsprotokolls sei noch erwähnt, dass an der Innenfläche der Dura mater sich spärliche, hämorrhagisch durchsetzte, zarte, pachymeningitische Auflagerungen fanden. Die Arachnoidea bot eine leichte diffuse Trübung dar. Die Subarachnoideal-Flüssigkeit war etwas vermehrt.

(Die Erlaubniss, den vorstehend berichteten Krankheitsfall hier veröffentlichen zu dürfen, verdanken wir Herrn Prof. Dr. Lichtheim.)

---

*) Näheres über die histologische Structur desselben ist in der Inaugural-Dissertation von Robert Neuenborn, Königsberg 1891, S. 13 u. 14, mitgetheilt.

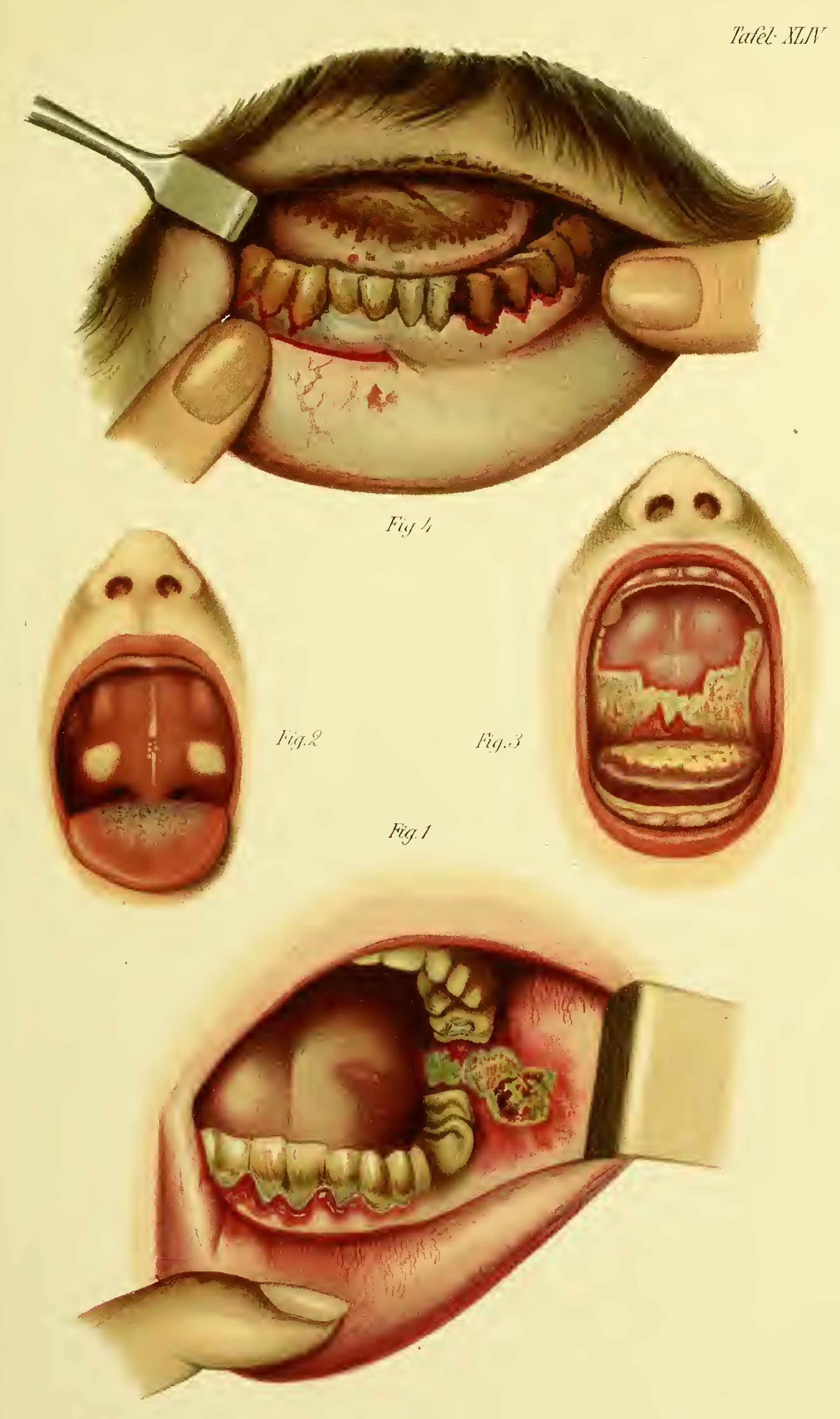
Tafel XLIV.

Fig. 1. Stomatitis mercurialis (Stomakace mercurialis).

Fig. 2. Bednar'sche Plaques, Bednar'sche Aphthen, Gaumen-Aphthen, bei einem neugeborenen Kinde.

Fig. 3. Gonorrhoische Erkrankung der Mundschleimhaut eines neugeborenen Kindes (Stomatitis gonorrhoica).

Fig. 4. Hämorrhagische Erkrankung der Mundschleimhaut (Stomatitis haemorrhagica) bei Morbus maculosus Werlhoffii.



F. Braun pinxit

W.A. Meyn, Lith. Inst. Berlin.



Sach-Register.

(Die römische Zahl bezeichnet die Tafel, die arabische die Figur.)

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.







